



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

## **Avaliação da qualidade de vida e estilos de *coping* na Esquizofrenia**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia - Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde.

Por:

Adélia Germana Sousa Vieira Lopes Meireles



Centro Regional de Braga

Faculdade de Filosofia

Janeiro, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

## **Avaliação da qualidade de vida e estilos *coping* na Esquizofrenia.**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia - Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde.

Por:

Adélia Germana Sousa Vieira Lopes Meireles

Sob orientação de: Prof. Doutora, Eleonora Cunha Veiga Costa



Centro Regional de Braga

Faculdade de Filosofia

Janeiro, 2012

## **Índice**

Índice.....	3
Agradecimentos.....	6
Resumo.....	7
Abstrat.....	8
Introdução.....	9

## **Parte I- Enquadramento teórico**

<b>Capítulo 1. Esquizofrenia.....</b>	<b>13</b>
1.1.Evolução do conceito.....	13
1.2.Epidemiologia da esquizofrenia.....	17
1.3. Sintomatologia na esquizofrenia.....	20
1.4.Factores biopsicossociais de risco.....	25
1.5.Conclusão.....	28
<b>Capítulo 2. Qualidade de vida.....</b>	<b>29</b>
2.1.Definição de qualidade de vida.....	29
2.2. Qualidade de vida e Saúde.....	31
2.3.Instrumentos de avaliação na qualidade de vida.....	33
2.4. A qualidade de vida em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.....	36
2.5. Conclusão.....	38
<b>Capítulo 3. <i>Coping</i>.....</b>	<b>39</b>
3.1.Conceito de <i>coping</i> .....	39
3.2.Estilos e estratégias de <i>coping</i> .....	41
3.3. <i>Coping</i> em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.....	43
3.4.Conclusão.....	46

## **Parte II- Parte Empírica / Metodologia**

<b>Capítulo 1. Parte Empírica.....</b>	<b>48</b>
1.1 Objectivos.....	48

2.Desing .....	48
3. Variáveis estudadas.....	49
3.1 Variáveis sócio-demográficas.....	49
3.2 Variáveis clínicas.....	49
3.3 Variáveis psicológicas .....	49
4. Procedimentos da recolha de dados.....	49
5.População e amostra.....	50
6.Instrumentos de Avaliação.....	50
6.1.Questionário sociodemográfico.....	50
6.2. Mini Mental State Examination( MMSE).....	50
6.3Questionário reduzido de saúde (SF-36).....	51
6.4Brief-Cope.....	53
7.Procedimentos estatísticos.....	55
<b>Capítulos 2. Apresentação dos Resultados.....</b>	<b>57</b>
1.Caracterização sócio-demográficas da Amostra.....	57
2.Avaliação da percepção de qualidade de vida na esquizofrenia (36- Itens Short- Fron Healtly Survey- SF-36).....	58
3.Percepção da qualidade de vida em função da idade.....	65
4.Questionário de <i> coping</i> (Brief-cope).....	71
5.Resultados do Brief-cope em relação à idade.....	77
6.Estudo da amostra em função dos anos de internamento.....	83
<b>Capítulo 3. Discussão dos resultados.....</b>	<b>88</b>
<b>Capítulo 4. Conclusões.....</b>	<b>93</b>
Bibliografia.....	95
Anexos .....	109
<b>Anexo I (Mini Mental State Examination).....</b>	<b>110</b>

<b>Anexo II</b> (Questionário de Saúde Reduzido – SF- 36).....	111
<b>Anexo III</b> (Brief- Cope).....	112
<b>Anexo IV</b> (Quadro5 – Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) na avaliação da consistência interna)....	113
<b>Anexo V (Quadro 19</b> – Matriz de correlações entre as subescalas do questionário de <i> coping</i> (Brief-Cope), nos grupos “até 55 anos” e “56 e mais anos” (N=37).....	114
<b>Anexo VI (Tabela 20</b> – Matriz de correlações entre as subescalas do questionário de <i> coping</i> (Brief-Cope), no Total da Amostra (N=37).....	115

## **Agradecimentos**

À Dr<sup>a</sup>. Eleonora pela exigência, capacidade de trabalho, profissionalismo, conhecimento e ajuda.

À instituição que me acolheu para a recolha de dados...

A todos os utentes que participaram neste estudo e o tornaram possível

Ao Dr<sup>o</sup>. Ricardo e Dr<sup>a</sup>. Andreia pela disponibilidade e generosidade...

Aos meus Pais e irmãs por todo carinho e compreensão...

À Marta e Miguel Pedro pela amizade, incentivo, harmonia, compreensão e disponibilidade...

À minha Família pelo apoio prestado.

A todas as pessoas que me ajudaram directa ou indirectamente para que este trabalho fosse passível de ser realizado. A todos Muito Obrigada!!!!

“O que verdadeiramente somos é aquilo que o impossível cria em nós....”

(Clarice Lispector)

## **Resumo**

No presente estudo exploratório, pretende-se verificar a relação entre a qualidade de vida e estilos de *coping* em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia institucionalizadas. Para tal, 37 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, foram avaliadas tendo em relevância os domínios considerados fulcrais para a consecução deste estudo recorrendo aos seguintes teste: *Mini Mental State Examination* (MMSE), Questionário reduzido de Saúde (SF-36) e Brief- Cope. Os resultados deste estudo indicam que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia apresentam uma qualidade de vida moderada alta e que apesar de estarem internados à longos anos apresentam níveis de boa qualidade de vida. Relativamente às estratégias de *coping* o estudo demonstra que este doentes apresentam níveis baixo de estratégias e com os anos de internamento piora.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida, estratégias de *coping*, pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

## **Abstrat**

In this exploratory study intends to examine the relationship between quality of life and coping styles in people with schizophrenia institutionalized. To this end, 37 people diagnosed with schizophrenia were assessed in the relevant areas considered central to the achievement of this study through the following tests: Mini Mental State Examination (MMSE), reduced from Health Survey (SF-36) and Brief-Cope. The results of this study indicate that people with schizophrenia have a moderately high quality of life and that despite being admitted to the long years have levels of quality of life. For the coping strategies the study demonstrates that patients have low levels of strategies and the years of internment worsened.

Keywords: quality of life, coping strategies, people with schizophrenia



## **Introdução**

A esquizofrenia, dada a sua complexidade é marcada por uma fragmentação a vários níveis, e vista com uma perturbação intrigante (Kay, 1991). Matos, Bragança e Sousa (2003, p. 71) referem que a esquizofrenia é uma doença “*heterogenia e multifatorial*”, podendo estar na sua génese diversos factores. Conhecida com um transtorno crónico que normalmente começa no final da adolescência e apresenta evolução negativa a longo prazo, o seu curso pode gerar vários padrões, no entanto a literatura é consensual em apontar para a existência de sintomas positivos (delírios, alucinações, alteração da percepção, alteração do comportamento, alteração do pensamento, alteração do afecto, atenção do contacto individual, incluindo anomalias motoras) e negativos (abulia, anedonia, apatia, ausência de desejo, isolamento social, embotamento afectivo, pobreza no discurso e no pensamento com conteúdo pobre) e para uma afecção cognitivas ao nível das funções executivas, atenção sustentada e memória de trabalho (Rocha, Queirós, Aguiar, Marques & Horta, 2009). Apesar de atingir ambos os sexos, manifesta-se geralmente de uma forma mais precoce nos homens (15-25 anos) e de uma forma mais tardia nas mulheres (25-35 anos) (Lavrie & Johnstone, 2004). Com prevalência a situar-se entre os 0.5-1.5% na população adulta, apresenta taxas de incidência que ronda os 0.5 a 5/10.000 habitantes (DSM-IV-TR, APA, 2002).

Através das pesquisas bibliográficas sobre a esquizofrenia, verificou-se a existência de um relação entre a patologia, qualidade de vida e estilos de *coping*. Após analisar os estudos que referem que é fundamental o desenvolvimento de medidas em relação à qualidade de vida em várias valência da assistência em saúde, principalmente, em pessoas que apresentem diagnósticos de perturbações graves, como a esquizofrenia (Souza & Coutinho, 2006).

Desta forma, o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016, pg. 5) refere que “*as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais*”. Neste âmbito, a institucionalização, vista até então, como principal recurso para o tratamento e reabilitação das perturbações mentais graves, tal como, os sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia, foi e está a ser repensada.

Este novo plano, pretende a desinstitucionalização dos utentes das casas de saúde e hospitais psiquiátricos. Assim antevê, a prolifcação de unidade de convalescência, residências de treino de autonomia, residências de apoio máximo, residências de apoio moderado, residências autónomas, unidades sócio – ocupacionais e equipas de apoio

domiciliário. Porém, torna-se crucial um trabalho em equipa multidisciplinar, que constituirá um desafio para os técnicos de saúde mental com fim a desenvolver várias valências nos indivíduos que os levem a uma melhor qualidade de vida e desenvolverem estratégias de coping face aos acontecimentos de *stress*.

De acordo com Lehman, Ward e Linn (1982) um vasto conhecimento sobre a qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia pode promover a compreensão do impacto das perturbações, assim como, da assistência em saúde sobre o bem-estar geral. Em sequência da qualidade de vida, cabe entender como as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia criam estratégias de *coping* para melhorar as dificuldades do quotidiano e adaptar-se face aos défices que as perturbações criam (Salgado, Rocha & Marques, 2008).

Encarando a principal função do psicólogo, como sendo, a promoção do desenvolvimento e bem-estar das pessoas e perspectivando a esquizofrenia como um dos principais problemas de saúde (Giacon & Galera, 2006), cabe ao psicólogo contribuir para a sua optimização e visar estudos que possam melhorar a análise de qualidade de vida e estilos de *coping*. Com este estudo, pretende-se verificar de que forma as pessoas com diagnósticos de esquizofrenia institucionalizadas promovem uma melhor qualidade de vida e criam estratégias de *coping* face a vários acontecimentos de *stress*.

Em Portugal a investigação sobre este tema é escassa, tratando-se de uma investigação essencial pois tem como objectivo avaliar qualidade de vida e estilos de coping em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia institucionalizada. Uma vez que, existe uma grande incidência de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Em 2006, o responsável pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto, Pacheco Palha, em entrevista ao Diário Digital refere que em Portugal esta perturbação afecta 0.6 a 1% da população (Palha & Teixeira, 2009). Assim, tal como refere o Plano Nacional de Saúde Mental ao nível das consultas de urgência e internamentos, as esquizofrenias foram as patologias mais acentuadas.

Posto isto, esta investigação poderá servir para que futuramente se possa implementar programas de intervenção de forma a promover um melhor qualidade de vida às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, assim como, estilos de *coping* que estes devem utilizar para ultrapassar situações de *stress*.

Ao nível estrutural este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. Na primeira apresentamos três capítulos com revisão da literatura científica sobre: esquizofrenia, qualidade de vida e *coping*. Na segunda parte apresentamos a investigação empírica realizada,

que inclui quatro capítulos dedicados à metodologia, apresentação e discussão dos resultados e conclusão.

## **Parte I. Enquadramento teórico**

---

## Capítulo 1. Esquizofrenia

Neste primeiro capítulo pretende-se perceber melhor o que se entende sobre Esquizofrenia, a sua história, evolução e definição actual. Uma vez que se trata de uma perturbação de grande prevalência e incidência, tentar-se-á perceber em que consiste, referindo características de diagnóstico e factores etológicos.

### 1.1. Evolução do conceito

Ao longo dos tempos a Esquizofrenia e as psicoses têm provocado controvérsia entre a comunidade científica e vários autores, que se têm debruçado sobre estas temáticas. No entanto, devido às diversas teorias, torna-se importante mencionar todas, sendo que, só alguns autores serão sinteticamente referidos neste estudo. Serão referidos autores desde Kraepelin, a Bleuler, Schneider, Minkowski e Jasper.

A compreensão da esquizofrenia tem uma longa historicidade, Hipócrates nascido no ano 460 a.C, figurado pela escola Cós, procurava inserir a razão, refutando uma abordagem empírica defendida pela escola de Cnido (Afonso, 2002). O mesmo autor refere que as doenças mentais não podem derivar de um esclarecimento sobrenatural, mas de uma observação e raciocínio, descrevendo, o delírium orgânico, a psicose depressão pós parto e a histeria.

Através da análise da evolução histórica do conceito de esquizofrenia, é-nos permitido constatar que não existe um consenso na comunidade científica no que respeita a uma definição única e universal. Neste sentido, a comunidade científica parte em busca de algumas respostas para as doenças mentais, como forma de colmatar as dúvidas que desde sempre existiram. Entre as razões explicativas, evidencia-se a ausência de dados biológicos, critérios de diagnóstico não universais, a heterogeneidade das manifestações clínicas, aspectos relacionados com o percurso e prognósticos da doença (Matos, Bragança & Sousa, 2003). Com efeito, ao longo do tempo, a esquizofrenia tem sido descrita com terminologias e concepções diferentes, assistindo-se em termo teóricos a uma gradual precisão e objectividade da sua definição, como se pode constatar em seguida através dos contributos de vários autores.

Nesta procura de respostas, Kraepelin, em 1896, com os seus dois tratados de Psiquiatria, dá um contributo fulcral para o avanço das investigações sobre a esquizofrenia, reconhecendo um critério de cariz evolutivo, levando a demência precoce a ser reconhecida como uma patologia distinta (Garrafé, 2004). Através do seu espírito organizador e da sua

preocupação pelo rigor e interesse, influenciou a classificação das doenças mentais e a distinção entre esquizofrenia e psicose maníaco-depressivo (Bleuler, 2005).

Em 1899 o autor supracitado classifica várias patologias mentais através da 6ª edição do Tratado de Psiquiatria, nomeadamente, a Demência Precoce *dementia praecox*- catalogando-a como uma entidade nosológica, descrevendo especificamente o percurso da sintomatologia.

Contudo, a *Demência Precoce* foi inicialmente reconhecida por Morel (1851,1853), descrevendo-a como uma perturbação que atinge indivíduos jovens, geralmente “*com aparecimento agudo e que evolui habitualmente para a perda de capacidades mentais*” (Afonso, 2002, p.20; Matos, Bragança & Sousa, 2003). Posteriormente, Hecker (1871, *cit in* Ruiloba, 2003) descreve um quadro clínico que denomina de Hebefrenia, descrito por apresentar sintomatologia específica - deterioração mental e comportamentos regressivos – que surgiam em indivíduos jovens, tal como, a Demência Precoce. Numa outra perspectiva, Kahlbaum, três anos mais tarde, descreve o quadro de catatonia, com predominância de sintomatologia distinta da hebefrénica (Garrabé, 2004). Para ele, a catatonia era uma “*actividade motora involuntária*” e tem um desenvolvimento específico (Garrabé, 2004, p.32).

Não obstante, Kraepelin (1899) observa os quadros anteriores e agrupa o conceito de *Demência Precoce*, através, de três formas clínicas - hebefrénica, catatónica e paranoíde- que se manifestavam através de diversas alterações da vida mental ao nível da esfera emocional e da vontade (Bleuler, 2005). Na oitava edição do tratado, substitui o termo de *demência precoce* por *strito sensu*, englobando-a nas parafrenias, passando a existir um novo termo que propõe a existência de delírios crónicos distintos de demência precoce e paranóia. Embora as patologias divergissem, as manifestações iniciais eram de um só quadro e convergiam no mesmo fim insidioso (Reis, 2000).

Além disto, o mesmo autor reconheceu a sintomatologia fundamental e acessória no percurso desta doença. Primariamente, a sintomatologia existente converge na vida afectiva e volitiva do indivíduo, com predomínio na fase final. Contrariamente, os segundos sintomas oscilam ao longo do percurso da *Demência Precoce*, sendo considerados “bizarros” e “incompreensíveis” face à patologia (Reis, 2000), tal como, a excitação, ideias delirantes, alucinação (auditivas ou visuais), catatonia e perturbação de atenção.

Embora os critérios tivessem mudado, o autor continua a não acreditar na recuperação, aliás, através dos seus trabalhos de investigação constata-se que na esquizofrenia era intolerável trabalhar-se a independência e a recuperação de competências perdidas. Contudo,

futuramente cita “*Os médicos de família (...) podem garantir uma educação e uma escolha de ocupação adequadas para a criança predisposta à doença*”( Kraepelin, 1902, cit in Shirakawa, 1989, p.155), verificando-se assim, alguns progressos na tentativa de intervir junto da esquizofrenia.

Ao centrar-se no percurso da patologia e referindo que a esquizofrenia se trata de uma perturbação orgânica de evolução crónica e deficitária, desperta algumas objecções por parte da comunidade científica, acabando por dar um contributo fundamental para a história da esquizofrenia. Demonstrando dessa forma, a necessidade de a psiquiatria incorporar o modelo médico, com a descrição da sintomatologia e a organização dos dados clínicos (Silveira, 2009).

Para Bleuler (2005) o percurso evolutivo, critérios e definição usados por Kraepelin não têm grande relevância. Assenta as suas investigações ao nível da psicopatologia, na tentativa de descrever a sintomatologia crucial para o grupo das psicoses distintas na *demência precoce*. Assim, pondo em causa a perspectiva inicial de Kraepelin, este autor refere que nem sempre esta patologia se desencadeia em idades prematuras e os estados clínicos primários não permitem predizer o percurso desta patologia, “*Estas psicoses esquizofrénicas evoluem cronicamente ou por surtos, mas de tal forma que não se lhes pode seguir uma restrição ad integrum*” (Garrafé, 2004, p.47).

A seu turno, Bleuler (1988, cit in Reis, 2000, p.12) afirma que as características cruciais desta patologia contemplam um prejuízo nas conexões associativas entre ideias e pensamentos “*uma alteração específica do pensamento e da sensibilidade, assim como das relações com o mundo envolvente e sintomas acessórios*”.

O mesmo autor, após catalogar a *Demência Precoce* de esquizofrenia, distingue quatro grupos de psicoses esquizofrénicas - catatónico, hebefrénico, paranóide, esquizofrenia simples - baseando-se numa sintomatologia referida de forma tradicional. Na linha de pensamento deste autor, os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia simples manifestavam uma sintomatologia específica que permitia reconhecer clinicamente as diversas formas de psicoses esquizofrénicas.

Ao nível da sintomatologia, foca a sua atenção nos critérios patognomónicos que podem despoletar a patologia, referindo a distinção entre sintomas primários e secundários. Propõe que através de um processo -lesão cerebral - se desencadeiam os sintomas primários, por outro lado, os sintomas secundários derivam das transformações indirectas das funções psíquicas, uma reacção da personalidade à doença. Apesar do desconhecimento quanto à natureza do processo esquizofrénico, Bleuler influenciou profundamente a forma como este é

analisado presentemente. Designando a esquizofrenia como um grupo “*de psicose cujo desenvolvimento é, por vezes crónico e marcado por surtos intermitentes, e que param ou regridem para qualquer estágio, mas que não permitem um completo restitutio ad integrum*” (cit in Amaro, 2005, p.56)

No entanto, para além de Bleuler (1950, cit in Ruiloba, 2003) ter influenciado a forma como é analisado o processo de esquizofrenia, também, Shneider seguiu esta linha de pensamento fazendo menção a dois tipos de sintomas. Estes sintomas apresentam-se de duas formas distintas: os sintomas de primeira ordem que se caracterizam através de duas ou mais vozes que comentam entre si, vozes que fazem comentários sobre o paciente na terceira pessoa, vozes que repetem pensamentos das pessoas (eco do pensamento), difusão do pensamento, roubo do pensamento, alucinações corporais, vivências de passividade (sentimentos, impulsos, pensamentos e vontades) e percepção delirante; os sintomas de segunda ordem embora sejam característicos nas pessoas com esquizofrenia podem-se evidenciar noutras patologias, e manifestam-se noutros delírios de percepção, intuição delirante, perplexidade, variações do humor empobrecimento afectivo, entre outros.

Contudo, a conexão dos dois autores teve grande relevância na evolução do tratamento, capaz de melhorar o quadro psiquiátrico, diagnóstico - possibilitou o tratamento, consequência - e prognóstico. Passando a verificar-se interesse ao nível do diagnóstico, e de conceptualizar de foram íntegra a patologia.

Jaspers (1921, cit in Garrabé, 2004, p.95), pretende investigar a experiencia vital da esquizofrenia não só a um nível observacional, “*mas temos de procurar ser dotados de um talento criador excepcional e atingido pela esquizofrenia*”. O grande interesse deste autor engloba a comparação entre duas posições. Por um lado, não considera a psicose uma lesão orgânica como refere Bleuler, por outro, descreve que a psicose levou a descobrir que todo o ser humano tem um vida psíquica. Ao longo das suas investigações acaba por posicionar a esquizofrenia num campo de cultura contemporânea, alegando que somos conduzidos por uma “cultura altamente intelectual” e coabitamos num “tempo de artifício”.

Já Minkowski (1953, cit in Garrabé, 2004), embora parta das investigações de Bleuler afasta-se e refuta a sua teoria, tal como, de Freud. Para este, a perturbação fulcral da esquizofrenia engloba a perda do contacto de impulso com a realidade “*o esquizofrénico privado da faculdade de assimilar todo o movimento e duração, tende a construir o seu comportamento a partir de factores e critérios cujo domínio próprio, na vida normal, é unicamente a lógica e matemática*” (Garrabé, 2004, p.103). Além de que, foca a sua teoria no conceito terapêutico “em psiquiatria os nossos conceitos nosológicos podem ser por si



mesmos um valor terapêutico”, considerando, a necessidade de descrever a sintomatologia da esquizofrenia para delinear a posição terapêutica em pessoas que apresentam o diagnóstico de esquizofrenia.

Actualmente, segundo a literatura científica a esquizofrenia pode ser definida como uma doença mental que se caracteriza por uma desorganização de diversos processos mentais, bem como, atenção, percepção, linguagem e memória (Monteiro, Camargo & Tinolo, 2002).

Os critérios de diagnóstico, utilizados para diagnosticar a esquizofrenia têm como base a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças 1993), criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o DSM-IV-TR (Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, APA, 2002). Apesar de um século de discussão, ainda não existe uma definição concisa e conceptual acerca desta perturbação.

Em suma, após ter-se compreendido do ponto de vista etológico o conceito de esquizofrenia, constata-se que este foi conceptualizado de diferentes formas por diferentes autores, como por exemplo Kraepelin, Bleuler e Schneider. Os contributos destes autores permitiram que ao longo dos tempos o conceito de esquizofrenia evoluiu a nível da terminologia e descrição sobre influências do contexto cultural, político, religioso e filosófico.

## **1.2. Epidemiologia da esquizofrenia**

Este ponto será direccionado para os dados resultantes da investigação científica acerca da prevalência, incidência, e curso da esquizofrenia.

As pessoas com diagnóstico de esquizofrenia manifestam vários sintomas muito diferenciados que se desenvolvem de forma lenta ou súbita. Ao longo da vida esta patologia torna-se crónica e na maioria das pessoas cria sérias dificuldades na interacção social. Na perspectiva da Organização Mundial de Saúde (1998), esta patologia manifesta-se de uma forma aguda, desenvolvendo sintomatologia psicótica num percurso de dias ou semanas. Por outro lado, pode manifestar-se de forma insidiosa existindo uma transição gradual do estado pré - mórbido da personalidade e da sintomatologia pródomica para a manifestação inicial, característica da patologia.

Dalery e Amato (2001) descrevem que inicialmente a perturbação evolui de forma aguda ou insidiosa (até aos 6 meses) mas na maioria dos sujeitos, numa fase posterior, manifesta-se pelos sinais e sintomas de uma forma lenta e progressiva. Por sua vez, a idade de início da perturbação pode diversificar de vários meses a vários anos, sendo a fase predominante do despoletar no adulto jovem podendo anteriormente a esta fase ter manifestado sinais e sintomas característicos.

No que concerne à prevalência e incidência, a esquizofrenia deve ser considerada a causa mais importante de incapacidade psiquiátrica crónica (Wright, 2000). O mesmo autor refere, que o risco ao longo da vida é de cerca de 1% e a incidência corresponde a cerca de 20 casos por 100.000 habitantes por ano.

Segundo Afonso (2010) estima-se que a sua incidência varie entre os 15 por cada 100 000 habitantes e a prevalência entre os 4.5 por 100 000 habitantes, variando de país para país e afecta pessoas de todos os extractos sociais.

Em estudos realizados em vários países estima-se que a prevalência - corresponde ao número de casos patológicos observados em 1000 pessoas da população em causa, num dado momento, ou num período definido – habitualmente varia entre os 0.2% e 1% de sujeitos da população geral, sendo os Estado Unidos o país com os valores de prevalência mais baixos (Dalery & Amato, 2001). Uma vez que, a literatura refere que a taxa de prevalência mais elevada de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia se situa na Suécia, Irlanda e antiga Jugoslávia (taxa de 10%), e as com menor prevalência nos Hutteritas e Estados Unidos (Serra, Pereira & Leitão, 2010).

Dalery e Amato (2001) referem que as investigações relativamente à população não permitem verificar a incidência de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, devido à débil percentagem de morbilidade. No entanto, de acordo com algumas investigações a esquizofrenia surge no grupo patológico mais frequente em ambulatório (21,2%), bem como, nos serviços de internamento (36,2%) (Palha & Teixeira, 2009). No entanto, actualmente existem investigações que refutam este resultado concluindo que existe uma “*diminuição da incidência secular da esquizofrenia*” (Dalery & Amato, 2001, p.43).

No entanto, segundo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, APA, 2002) a prevalência entre adultos varia entre os 0.5% e 15% e a incidência entre os 0.5 a 5 por 100 000 habitantes.

Relativamente à prevalência e incidência em Portugal das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, poucas investigações se têm realizado neste âmbito. Um estudo realizado em 2006 pelo *Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto* de Pacheco Palha, assegura que a prevalência da Esquizofrenia em Portugal está estimada entre 0.6% e 1%, sendo uma das doenças com maior prevalência no país e que afecta entre 60 mil a 100 mil portugueses.

De seguida serão abordados alguns resultados de estudos acerca da prevalência em relação à diferença de género, uma vez que o género é considerado por Chaves (2000) um importante preditor no percurso e evolução da patologia.

Em relação ao género, a literatura refere que os homens manifestam sintomatologia entre os 18-25 anos, desenvolvendo um pior prognóstico face às mulheres e maior sintomatologia negativos. Nas mulheres, a idade de início é entre os 25-35 anos e têm um funcionamento pré-mórbido melhor que o sexo oposto, apresentando também menor sintomatologia negativa, diferenças qualitativas no padrão de ideação delirante, conservação das competências sociais e por fim menos hospitalizações (Castle, McGrath & Kulkarni, 2003).

Ainda no que diz respeito ao género, as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia manifestam de forma muito ampla a sua sintomatologia tanto ao nível da sua evolução como de género (DSM-IV-TR, APA, 2002). Neste sentido, Barlow e Durand (2003) mencionam que o sexo masculino apresenta uma elevada probabilidade da diminuição da patologia aos 75anos, o que não se verifica no sexo oposto. Nas mulheres existe uma baixa probabilidade da perturbação aos 36 anos, sendo que Ruiloba (2003) considera que o sexo masculino tem pior prognóstico de adaptação comparativamente com as mulheres. Uma das explicações para este facto, relaciona-se com maior exposição do sexo masculino a factores de risco, tais como, o álcool e drogas, e, por outro lado, pelo facto de o sexo feminino apresentarem factores protectores do ponto de vista biológico relativamente à esquizofrenia. De facto, o estudo da *Shizofrenic Outpatients Health Outcomes* (Saylan, Alptekin, Akedemir, Tetik & Korb, 2004), no âmbito da esquizofrenia conclui que a taxa de recaídas ao fim de três anos é significativa (aproximadamente 25% em sujeitos com forma menos graves da perturbação) e que o facto de pertencer ao sexo feminino, ser socialmente independente, situação laboral remunerada, estar em comunhão de facto, muito contribui para a remissão da perturbação.

No que concerne à mortalidade, as investigações realizadas por Tsuang e colaboradores (s/d, *cit in* Ruiloba, 2003, p.459) em 200 sujeitos durante 40 anos concluíram que “*encontraron un número de muertes no naturales (suicidio, homicidio o accidentes) superior al esperado tanto en varones como en mujures, con un indice elevado, también, de aparición de enfermedad*”. Rascón (2004) acrescenta que a taxa de suicídio é a principal causa de morte prematura em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, sendo o risco de suicídio de 20 a 50 vezes maior do que a população em geral. O mesmo autor refere ainda, que entre 9% e 13% dos pacientes com esquizofrenia terminaram a sua vida por suicídio, e entre 30 e 60% dos suicídios tiveram tentativas anteriores. Assim, podemos reconhecer a tentativa de suicídio como um dos melhores indicadores de risco de suicídio.

### 1.3. Sintomatologia na esquizofrenia

O quadro clínico da esquizofrenia é bastante diversificado e nem sempre facilmente perceptível. Não existe nenhum sinal e sintoma que, por si só, seja suficiente para um diagnóstico.

Além disso, ao longo da história como já supracitado, vários autores deram o seu contributo para os critérios de diagnóstico da esquizofrenia, Shneider (1887-1967), facultou um contributo fulcral ao designar os sintomas de 1ª e 2ª ordem presentes nesta doença (ElKis, 2000). Posteriormente, estes sintomas foram reconhecidos e utilizados pela Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR, APA, 2002) assim com, na última edição da Classificação Internacional das Doenças, Organização Mundial de Saúde (CID-10). Neste âmbito, a Associação Americana de Psiquiatria tem revisto o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais desde 2000 para se tornar o mais esclarecedor possível em relação às perturbações, tal como na esquizofrenia. Este manual refere, que os distúrbios de esquizofrenia incluem “*sinais e sintomas característicos (tanto positivos como negativos) que estiveram presentes uma importante parte do tempo durante o período de um mês (ou um período mais curto no caso do tratamento bem sucedido), com alguns sinais da perturbação persistindo durante pelo menos seis meses*” (DSM-IV-TR, APA, 2002, p.298).

Assim, os critérios actuais deste manual demonstram que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia apresentam uma combinação de sinais e sintomas característicos, tais como: alucinações (auditivas, visuais, somáticas e olfactivas); delírios (perda de *insight* e pensamento desorganizado); sintomas negativos (embotamento afectivo, catatonia, avolição, alogia, etc); défices cognitivos - distúrbios de atenção, dificuldade no reconhecimento facial empobrecido, isolamento social, estratégias de *coping* desadaptativas perpetuando dificuldades ao nível do relacionamento social.

De acordo com DSM-IV-TR (APA, 2002), a esquizofrenia pode manifestar-se de cinco formas diferentes – Paranoíde, Desorganizada, Catatónica, Inferenciada e Residual (Matos, Bragança, & Sousa). Neste sentido para se definir o subtipo de esquizofrenia é necessário observar a sintomatologia predominante, embora esta possa variar ao longo do tempo como é possível verificar através do Quadro 1.

**Quadro 1.** Subtipos de esquizofrenia (DSM-IV-TR, APA, 2002)

Subtipos	Características
<b>Paranoíde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de ideias delirantes dominantes ou alucinações auditivas;</li> <li>• Perseveração das funções cognitivas e do afecto;</li> <li>• Apresentam pouco ou nenhum défice em testes neuropsicológicos ou cognitivos;</li> <li>• Início tardio.</li> </ul>
<b>Desorganizada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discurso e comportamento desorganizado;</li> <li>• Afecto inapropriado ou embotamento;</li> <li>• Alterações do rendimento em diversas fases neuropsicológicas e cognitivas;</li> <li>• Alterações da personalidade pré – mórbida;</li> <li>• Início precoce e insidioso e evolução contínua sem remissões significativas.</li> </ul>
<b>Catatónico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações psicomotoras que podem despoletar imobilidade motora (catalepsia ou estupor) ou actividade motora excessiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridade de movimentos voluntários, ecolalia ou ecopraxia;</li> <li>• Risco de auto ou heteroagressões, desnutrição, exaustão e hiperpirexia;</li> <li>• Início e continuação da sintomatologia aguda.</li> </ul>
<b>Indiferenciado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os sintomas que preenchem o Critério A estão presentes, mas não são encontrados os critérios para os Tipos Paranoíde, Desorganizado ou Catatónico.</li> </ul>
<b>Residual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de ideias delirantes dominantes, de alucinações, de discurso desorganizado e ausência de comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico;</li> <li>• Presença de acentuados sintomas negativos ou de dois ou mais sintomas presentes no Critério A da Esquizofrenia (como por exemplo, crenças estranhas; experiências perceptuais estranhas;</li> <li>• Início insidioso e evolução constante presente durante vários anos.</li> </ul>

Considerando o Quadro 1, verificamos que os diferentes tipos de esquizofrenia variam de acordo com a sintomatologia e a forma como estes vão evoluindo ao longo do tempo. De forma sintética, ao analisarmos o Quadro 1 a esquizofrenia do tipo catatónica, como já

constatamos, para ser avaliada determina-se se estão presentes sintomas catatónicos, independentemente de se manifestarem outros sintomas; quanto ao tipo desorganizado considerado o subtipo de pior prognóstico, o critério de avaliação é verificar se o discurso e comportamento se manifestam desorganizados ou se o afecto manifestado é embotado ou desadequado; o tipo Paranoíde para ser diagnosticado é fundamental existirem preocupações excessivas com ideias delirantes e alucinações; quanto ao tipo Indiferenciado para ser diagnosticado tem que incluir sintomas que estão presentes na fase activa e não estão presentes para os critérios para o tipo Paranoíde, Catatónico ou Desorganizado; por fim o Tipo Residual, para ser diagnosticado tem presente sintomatologia continuada da perturbação mas tem excluídas expressões de sintomas da fase activa.

Para além destas características nos diferentes tipos de esquizofrenias, também estão presentes sintomas positivos e negativo. Para Barlow e Durand (2003) os profissionais de saúde mental geralmente distinguem dois tipos de sintomas: os sintomas positivos, e os sintomas negativos da esquizofrenia. Acrescentando recentemente os sintomas desorganizados, tendo estes de estarem presentes pelo um mês.

Estes autores descrevem diferenças nestes três tipos de sintomas, os sintomas positivos implica manifestações activas do comportamento anómalo, já os sintomas negativos implicam défices no comportamento normal nas áreas da fala e motivação. Relativamente aos sintomas desorganizados, manifestam-se por comportamento irregular e afecto inapropriado.

Assim, tal como referem Matos e colaboradores (2003) os sintomas positivos caracterizam-se pela apresentação das funções normais em excesso, ou seja, são os sintomas mais exuberantes (Quadro 2) e com maior predomínio na fase aguda, tais como: as alucinações (auditivas, visuais e em alguns casos tácteis e olfactivas); os delírios que podem ser de grandeza, persecutórios, somáticos, de ciúmes místicos e fantásticos; as perturbações da forma e curso do pensamento englobando a incongruência, desagregação e prolixidade, por fim o comportamento desorganizado, bizarro, agitação psicomotora e negligencia na higiene pessoal.

**Quadro 2.** Descrição dos sintomas positivos (DSM-VI-TR, APA, 2002)

Sintomas positivos	Características
<b>Ideias delirantes</b> (grandeza, persecutórios, somáticos, ciúmes, místicos e fantásticos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteração do conteúdo do pensamento.</li> <li>• Ideias individuais que não são partilhadas.</li> <li>• Predomínio de ideias de perseguição, grandeza, ameaça, onnipotência, catástrofe, místicos, religiosos ou sexuais.</li> </ul>
<b>Alucinações</b> (auditivas, visuais, tácteis ou olfactivas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distorção da percepção.</li> <li>• Com grande frequência.</li> <li>• Manifestam-se através da espera sensorial (auditiva, sensorial ou cinestésica)</li> <li>• Alterações ao nível dos comportamentos, pensamentos e afectos.</li> </ul>
<b>Discurso desorganizado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distorção da linguagem e dos processos do pensamento.</li> </ul>
<b>Comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distorção do auto-controlo do comportamento.</li> </ul>

Para além dos sintomas supracitados, podemos acrescentar que as diferentes dimensões podem estar interligadas com os correlatos clínicos e com distintos mecanismos neuronais subjacentes. Tal como é citado no Manual de Estatística e Diagnóstico das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, APA, 2002), a componente psicológica é caracterizada pelas ideias delirantes e alucinações, por enquanto que a “dimensão desorganizada” engloba o discurso e o comportamento desorganizados.

De seguida serão retratados os sintomas negativos nos quais indicam a ausência ou carência de um comportamento adequado, ou seja, expressam funções de forma escassa, tais como, apatia, alogia, anedonia, embotamento afectivo, pobreza no discurso, isolamento social e défices de atenção. Estas características são descritas através do Quadro 3.

**Quadro 3.** Descrição dos sintomas negativos (Barlow & Durand, 2003)

Sintomas negativos	Características
<b>Apatia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incapacidade de iniciar e continuar uma tarefa.</li> <li>Sintoma que manifesta pouco interesse e realizar as tarefas diárias.</li> </ul>
<b>Alogia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência ou lentificação de respostas.</li> <li>Respostas muito breves e pouco conteúdo.</li> </ul>
<b>Anedonia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de prazer nas actividades (alimentação, higiene pessoal, interacção social e nas relações sexuais).</li> </ul>
<b>Embotamento afectivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incapacidade ou dificuldade de demonstrar reacções emocionais.</li> <li>Discurso monocórdio</li> </ul>
<b>Pobreza no discurso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicação pouco espontânea e limitada.</li> <li>Reduzido número de temas e assuntos podendo estar longos períodos de tempo sem falar.</li> </ul>
<b>Isolamento social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participação reduzida em relações interpessoais e consequente isolamento.</li> </ul>
<b>Défices de atenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificuldade de concentração e lembranças.</li> </ul>

Em oposição aos sintomas positivos, verificou-se que existe um conjunto de sintomas negativos que acompanham também o percurso da patologia. Por sua vez, estes sintomas demonstram que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia manifestam défices em algumas áreas ao nível da motivação, emoções, discurso, pensamento e relações interpessoais (Afonso, 2010).

De acordo com Tandon, Nasrallah e Keshavan (2009) os sintomas positivos manifestam-se sobretudo no fim da adolescência, início da idade adulta, ou seja, estão presentes com grande evidência na fase aguda da doença e muitas vezes são precedidos por sintomatologia negativa e cognitiva, manifestando-se através de delírios, alteração da percepção, alucinações, pensamento, afectos, alterações do comportamento e contacto visual (DSM-IV-TR, APA, 2002). Contrariamente aos sintomas positivos, os sintomas negativos



acompanham a evolução da doença reflectindo um estado deficitário de algumas áreas (motivação, emoções, discurso, pensamento e relações interpessoais), levando o sujeito despoletar embotamento afectivo e pobreza de discurso (DSM-IV-TR, APA, 2002).

Após ser referidos os factores de diagnóstico através de uma breve apresentação sintomatologia esquizofrenia, parte-se para a compreensão dos factores de risco biopsicossociais.

#### **1.4. Factores biopsicossociais de risco**

Neste ponto serão abordados os tipos de factores que podem levar à esquizofrenia. Deste modo, pretende-se dar ao leitor uma percepção de um breve conjunto de condições e teorias que poderão explicar o que está na origem da patologia.

Nos dias de hoje, a literatura científica sobre o domínio da esquizofrenia, refere que não existe uma única causa para compreender esta patologia, apesar de serem realizados vários estudos. Giacon e Galera (2006) referem que a esquizofrenia pode derivar de vários factores biopsicossociais, que podem despoletar ou não o seu aparecimento. Os factores biológicos estão associados à genética dos indivíduos, às lesões ou anormalidades ocorridas nas estruturas cerebrais e deficiência em neurotransmissores (Zipursky & Schulz, 2003). Os factores psicossociais estão ligados aos indivíduos através da componente psicológica e através da interacção com o meio (ambiente social), podendo despoletar o aparecimento da perturbação (Giacon & Galera, 2006; Zipursky & Schulz, 2003).

Nas investigações acerca da raiz genética das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia foram desenvolvidas pesquisas sobre a genética em famílias, gémeos e pessoas evidenciando que existem factores que são hereditários. De acordo com Kallmann (1938) durante a sua investigação num hospital psiquiátrico em 1000 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, demonstrou que existe uma ligação entre a patologia e os progenitores. Assim, considera que existe uma elevada probabilidade de quando os progenitores apresentam esquizofrenia, os seus filhos também possuírem predisposição para esta patologia. Embora num estudo mais recente, também Kendler e Diehl (1993) compartilhem da teoria de Kallmann, considerando que existe uma elevada probabilidade de desenvolver a patologia quando outro membro da família já a possui.

Numa outra perspectiva Nicole e Gottesman (1983, *cit in* Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009) referem que o grau de parentesco prediz a probabilidade da patologia se manifestar. Não obstante estas evidências, não existe um gene específico para diagnosticar a

esquizofrenia, mas sim uma acção conjunta de genes em que cada um dá o seu contributo (Gottesman & Goul, 2003; Sullivan et al., 2006, *cit in* Beck et al., 2009).

Por sua vez, Barlow e Durand (2006, p.466) compartilham da mesma visão “divesos estúdios de adopción se han distinguido las influencias sobre la esquizofrenia del ambiente y la genetica (...) como la gente com frecuencia no manifiesta los primeros signos de la esquizofrenia hasta la mediana idade (...)”.

Outro dos aspectos referidos pela literatura, deriva das influências gestacionais e pré-natais que podem ser um forte desencadeador para que uma pessoa possa apresentar um diagnóstico de esquizofrenia. Estes problemas podem derivar de anomalias que possam surgir durante a gravidez, durante o parto e no crescimento ou desenvolvimento (Beck et al., 2009). O aparecimento de infecções pré-natais, nomeadamente os herpes, rubéola, gripe, varicela e a falta de Vitamina D por parte da progenitora podem despoletar a esquizofrenia (McGrath 2003, *cit in* Beck et al., 2009). Por outro lado, Kingdon e Turkington (2005) consideram que as pessoas podem apresentar diagnóstico de esquizofrenia, mas não existe predisposição biológica ou genética.

No entanto, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), constatou-se a associação de um acréscimo de risco da esquizofrenia com factores pré-natais e de segunda infância tais como: exposição pré-natal à gripe; falta de nutrição; complicações obstétricas; infecções do sistema nervoso central. Estes dados são sustentados pelas investigações da importância do distúrbio do neurodesenvolvimento, que apontam para a influência de acontecimentos que ocorrem a nível intra-uterino ou após parto (Akil & Weinberger, 2000, *cit in* Amaro, 2005; Murry, Callaghan, Casttle & Lewis, 1992). Assim é possível constatar que a etologia apresentada engloba causas apenas do âmbito biológico e ambiental, sendo que é demonstrada também uma ausência de doença.

Já, Ruiloba (2003) considera existir uma predisposição ambiental sobre as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, englobando dois paradigmas. Primariamente o método dos estudos adaptados em que os progenitores são pessoas sem qualquer tipo de patologia e adoptam crianças que têm um familiar biológico afectado. Assim, a incidência do diagnóstico de esquizofrenia em sujeitos adoptados é estabelecido através de um grupo de controlo pais biológicos versus pais adoptivos. Por último, o paradigma do método das famílias adoptadas em que os estudos revelam uma incidência divergente entre adoptados afectados versus não afectados tem por base os pais biológicos e adoptivos. Através destes dois paradigmas conclui-se que as variáveis parentais não desempenham um papel fundamental sobre as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Neste sentido se compreende porque existe

discrepância entre autores; para Ruiloba os factores biológicos não são fulcrais para a presença da patologia, mas para Reis (2000) a família tem influência para o despoletar a patologia, sendo um lugar privilegiado no social e cultural.

Por outro lado, a história familiar da doença constitui um factor de risco indicativo para o aparecimento da doença. Barlow e Durand (2006) através das suas investigações têm vindo a demonstrar que as interações familiares são consideradas um predito para o despoletar da patologia. Os padrões familiares e sociais têm uma enorme influência no aparecimento da esquizofrenia, colocando mesmo alguns autores, a hipótese da família estar na génese da perturbação. No artigo de revisão de Madrid e Caviño (1999) tendo por base inúmeros estudos de referência, procurou-se uma revisão das investigações sobre a interacção familiar e esquizofrenia. Através destes estudos concluiu-se que existe um défice na comunicação e estrutura familiar que não se encontra noutro tipo de famílias.

Relativamente à dimensão social Reis (2000) numa comparação entre indivíduos que vivem em zonas rurais com indivíduos que vivem zonas urbanas verifica-se que a percentagem de remissões completas é superior nas zonas rurais e nos países subdesenvolvidos do que nos países desenvolvidos. Deste modo, em seguida abordam-se as influências dos factores neuropsicológicos na esquizofrenia.

No que concerne às teorias neuroquímicas, são conhecidas diversas suposições bioquímicas para explicar a origem da esquizofrenia, contudo, a hiper-função dopaminérgica é actualmente a mais relevante nas investigações. Mas, para além do sistema dopaminérgico Lieberman e colaboradores (1998, *cit in* Amaro, 2001) referem outros sistemas de neurotransmissores centrais que desempenham alguma influência nomeadamente a glutamatérgica e serotoninérgica. De facto, as teorias neuroquímicas não são as únicas a serem investigadas, também as alterações estruturais cerebrais têm sido consideradas foco de atenção pela comunidade científica. Em diversos estudos baseados na utilização da técnica de tomografia computadorizada (TC) de crânio, destacam-se sinais consistentes de atrofia cerebral nestes pacientes (Hopkins & Lewis, 2000; DeLisi et al., 1990 *cit in* Daley & Amato, 2001).

Dohrenwend e Egri (1981, *cit in* Barlow & Durand, 2006) investigam as pessoas que participaram nas guerras e concluíram que nenhuma delas apresenta alterações temporais que possam indicar um diagnóstico de esquizofrenia. Contrariamente, nos estudos realizados por Brown e Birley (1968,1970; *cit in* Barlow & Durand, 2006) verificaram que nas últimas semanas os mesmos indivíduos apresentavam indicadores de um diagnóstico de esquizofrenia. Esta vulnerabilidade foi observada após estes indivíduos serem expostos a grandes acontecimentos *stressantes*. Durante vários anos foram realizadas investigações neste

sentido o que não foi possível concluir até então se existe uma relação directa de causa - efeitos entre o *stress* e o diagnóstico de esquizofrenia. Contudo, a literatura refere que outros factores que desencadeiam a esquizofrenia, tal como, um traumatismo cerebral como consequência de um ataque viral, complicações obstétricas que podem gerar um *stress* físico. Barlow e Durand (2006) referem a importância de entender o stress nas pessoas com uma predisposição para o diagnóstico de esquizofrenia assim como outros transtornos.

Por sua vez, outras hipóteses foram levantadas para a explicação dos factores psicológicos. Murray (1984, *cit in* Kingdon & Turkington, 1994) menciona que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia podem apresentar acontecimentos vividos durante a infância – desconfiança, ideias estranhas, instabilidade, dificuldades na relação intra e extra familiar - que despoletam o aparecimento da perturbação.

### 1.5. Conclusão

Este capítulo começou por realçar as dificuldades da conceptualização da esquizofrenia, uma vez que continua a ser uma doença mental que encerra muitas incertezas e questões importantes. Apesar das investigações que foram realizadas aos longos dos tempos o diagnóstico de esquizofrenia ainda continua a levantar questões. Procurou-se caracterizar a esquizofrenia ao nível da sua epidemiologia e suas variáveis associadas, bem como, a sintomatologia e terminando com os factores de risco biopsicossociais associados. Assim, destacou-se que se trata de uma patologia que manifesta diversidade e heterogeneidade nas suas várias dimensões. Contudo, foi possível constatar neste capítulo que muito se tem feito para entender a sintomatologia das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

Nos próximos capítulos abordar-se-á a qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e os estilos de *coping*.

## Capítulo 2. Qualidade de vida na esquizofrenia

Após uma revisão do conceito que permite compreender melhor a esquizofrenia, passando pela caracterização das áreas do comportamento biológico, social e psicológico, neste capítulo pretende-se perceber melhor a qualidade de vida nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Pretende-se analisar a qualidade de vida e, portanto, a influência do diagnóstico de esquizofrenia no quotidiano. Assim, aborda-se o conceito de qualidade de vida em geral, significado clínico e, por fim, como esta é vivenciada em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia.

### 2.1. Definição de qualidade de vida

Em consequência do progresso científico e tecnológico constatou-se um acréscimo da expectativa de vida, conduzindo à indigência de prestar mais atenção à qualidade de vida dos indivíduos (Awad, 2008). Após a amplitude deste conceito, procederam-se estudos acerca da qualidade de vida na população, procurando quais os melhores indicadores desta. Levando isto a, nos últimos 40 anos, coexistir elevadas transformações a nível da medicina e em termos tecnológicos e estes expandiram-se não só na vida como a melhoraram, permitindo perceber que o conceito de qualidade de vida está intrinsecamente relacionado com saúde.

Posteriormente, na década de 80 desenvolvem-se investigações para compreender melhor o conceito de qualidade de vida envolvendo diferentes dimensões (Phillips, 2006; Oliver, Huxley, Bridges & Mohamad, 1996). Só na década de 90 é que os estudiosos da área tiveram uma elevada proximidade de alcançar um consenso quanto aos três aspectos fundamentais do conceito de qualidade de vida (Seild & Zannon, 2004; WHOQOL Group, 1995): a subjectividade que consiste na percepção que o sujeito tem sobre o seu estado de saúde (aspectos não médicos), ou seja, avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas com a qualidade de vida; e a multidimensionalidade, que consiste no conhecimento de que o conceito de qualidade de vida é constituído por diferentes dimensões; e por último a presença de dimensões positivas e negativas

Na tentativa de colmatar as dificuldades de definir o conceito de qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde em 1994 desenvolveu um grupo especificamente para definir o conceito, tendo este definido a qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição de vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL, 1994, p.28).

Embora Felce e Perry (1995), já se tenham aproximado, anteriormente, da perspectiva da Organização Mundial de Saúde, considerando o conceito de qualidade de vida um fenómeno material e psicológico, abrangendo descritores objectivos, bem como, avaliações subjectivas do bem-estar físico, material, social e emocional, conjuntamente com medidas de desenvolvimento pessoal e actividade significativa, ponderadas por um conjunto de valores pessoais.

Para Caballo (2006) não é possível estabelecer os mesmos parâmetros de qualidade de vida para a população geral e considera, tal como tem sido referenciado pela literatura que este conceito está vinculado a outros conceitos (felicidade, bem-estar, expectativas, aspirações, experiências, sentimentos e valores dos homens). Além disto, tal como refere Ribeiro e Gru. PO QDV (1997) a qualidade de vida é um conceito vasto que abrange diversas áreas, tais como, cultural, ambiental, biológica, psicológica e social.

Actualmente ainda não existe uma definição conceptual de qualidade de vida, sendo largamente difundida e diversas vezes mal interpretada e confundida com outros parâmetros, tal como, a satisfação com a vida, a felicidade e bem-estar subjectivo.

Assim, ainda não existe uma definição conceptual de qualidade de vida, tendo mesmo o conceito despoletado alguma relutância devido às complexas variáveis. Englobado no seu significado, está uma compreensão individual do ser humano abordado no contexto histórico, social, cultural, científico, e filosófico, demonstrando a multiplicidade de contextos da experiência humana (Pinto & Ribeiro, 2006).

Já Heinemann (2000, *cit in* Canavarro & Serra, 2010, p.8) considera que a literatura em relação à qualidade de vida assenta numa “*perspectiva piramidal dos seus componentes, sendo que os mais específicos se encontram na base dessa estrutura, e os mais gerais no topo*”, ou seja, as componentes importantes tem como dimensões: o estado físico, bem como as capacidades funcionais; o estado psicológico e o bem-estar; as interacções sociais; o estado e os factores psicológicos e económicos, e o estado religioso e espiritual.

Por outro lado, o conceito de qualidade de vida segundo Muldoon, Barger, Flory e Manuch (1998, *cit in* Gameiro, Carona, Pereira, Canavarro, Simões, Rijo, Quartilho, Paredes & Serra 2008, p.104) a nível profissional proporcionou a incorporação de novos aspectos para além das medidas tradicionais, ou seja, para os profissionais de saúde este conceito não se foca somente na ausência de doença que afecta o quotidiano do indivíduo, e “consequentemente o seu sentimento subjectivo de satisfação com a vida”.

Em suma, a definição de qualidade de vida levou a um consenso relativamente à sua multidimensionalidade, passando a existir iniciativas de promoção de saúde voltadas para o

bem-estar e qualidade de vida do ser humano, e não somente para o controlo dos sintomas, diminuição da mortalidade ou para o aumento da esperança média de vida. Assim este conceito pressupõe a consecução de funções básicas e fulcrais para a vida, que permite ao ser humano sobreviver, até às suas inspirações pessoais mais complexas, como por exemplo o papel que desempenha na sociedade (Aguilar- Barberá, 1998). É neste sentido que Twycross (2003) considera que o ser humano tem uma boa percepção de qualidade de vida, quando satisfaz os seus objectivos: inversamente apresenta uma má qualidade de vida quando se verifica uma divergência entre as suas expectativas e a satisfação das mesmas.

## 2.2. Qualidade de Vida e saúde

A qualidade de vida depende de múltiplos determinantes, incluindo características individuais e sistema que o sujeito está inserido. Segundo Seidl e Zannon (2004) considera que o conceito de qualidade de vida levou à existência de pesquisa científica, e tem sido utilizado diversas vezes por profissionais de saúde especializado em diversas áreas.

No âmbito da saúde, o discurso da relação entre qualidade de vida e saúde, embora bastante inespecífico e generalizado, surge desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX. Contudo, actualmente já existe um consenso entre o conceito de qualidade de vida e a saúde sobretudo em relação à sua avaliação (Ribeiro, 2005).

De forma a distinguir o conceito de qualidade de vida de outros aspectos considerados relevantes para o estado de saúde e cuidado de saúde, Kaplan e Bush (1982) propuseram o termo de qualidade de vida relacionado com saúde. No entanto, a definição de qualidade de vida relacionada com saúde despoletou várias fontes de controvérsia. Inicialmente a fonte de debate sobre as definições de qualidade vida relacionada com saúde assentavam na distinção entre as seguintes temáticas: qualidade de vida versus saúde; o que a qualidade de vida relacionada com saúde determina versus o que a qualidade de vida relacionada com saúde engloba; os modelos conceptuais versus medidas de qualidade de vida relacionadas com saúde; e a natureza objectiva versus a natureza subjectiva da qualidade de vida relacionada com saúde (Shumaker & Berzon 1995).

Posteriormente, com a *Carta de Ottawa* apresentada na primeira conferência Internacional em 1986, cuja temática abordava a Promoção da Saúde, documento produzido pela Organização Mundial de Saúde, no qual passa existir uma nova visão e a qualidade de vida. Passando o conceito de qualidade de vida a estar associado à promoção de saúde entre outros valores, tais como: solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parcerias entre outros (Buss, 2000).

De acordo com Ribeiro (2005) a qualidade de vida depende de outros domínios, para além da Saúde, tais como o trabalho, família, os problemas económico entre outros considerando mesmo que factores precários podem influenciar o aparecimento de uma doença. Concomitantemente, foram vários os autores que apresentaram várias definições utilizando o termo de qualidade de vida relacionado com saúde. Através da tabela que se segue pretende-se observar diferentes perspectivas do conceito de qualidade de vida relacionada com saúde.

**Quadro 4.** Diferentes perspectivas de qualidade de vida relacionada com saúde.

Definição de Qualidade de vida e Saúde	Autores
<i>“ Valorização subjectiva que o doente faz dos diferentes aspectos da sua vida, em relação ao seu estado de saúde”(p.179).</i>	Guiteras e Bayés (1993)
<i>“É o valor atribuído à duração da vida, modificados pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados pela doença, tratamento ou políticas de saúde” (p.1384).</i>	Patrick e Erickson (1993, cit in Ebrahim, 1995)
<i>“Aspectos da vida de uma pessoa que são afectados por uma mudança no seu estado de saúde, que são significativos para a sua qualidade de vida” (p.91).</i>	Cleary, Wilson e Fowler (1995)
<i>“ Avaliação de qualidade de vida de pessoas que sofrem de uma doença tem a especificidade de um elemento central ser a saúde das pessoas, ou o melhor, o que se avalia e em que medida diversos domínios são influenciados pelas características da doença que afecta a pessoa”(p.39)</i>	Ribeiro, Meneses e Meneses (1998, cit in Correia, 2007)

A utilização deste termo num contexto da saúde, não é só importante por uma questão humanitária, mas também, por uma questão de avaliação da eficácia dos serviços de saúde, isto porque os factores como o bem-estar ou mal-estar psicológico parecem ter influência no funcionamento do organismo e na evolução da doença, no efeito terapêutico e até na própria longevidade (Pinto & Ribeiro, 2006). Assim, a qualidade de vida relacionada com saúde é um termo vulgarmente utilizado na medição de qualidade de vida tendo em conta a perspectiva médica ou de saúde. Por sua vez, Shumaker e Berzon (1995) consideram fundamental que os investigadores da área de qualidade de vida relacionada com saúde atinjam um equilíbrio



entre a conceptualização de qualidade de vida relacionada com saúde sem se diluir, até ao ponto de se tornar um termo genérico para todos os aspectos da vida, que possam provavelmente influenciar os indicadores de qualidade de vida.

Luce e Elixhauser (1990) consideram cinco dimensões fundamentais na qualidade de vida relacionada com saúde sendo elas: a função física que engloba aspectos como a morbilidade, capacidade de cuidar de si próprio, capacidade para realizar actividades no seu quotidiano, a dor física e sintomatologia física; a função psicológica abrange aspectos como a depressão, o comportamento colérico, a ansiedade, a sensação de solidão e as expectativas acerca do futuro; a função social inclui que os sujeitos participem em actividades sociais, a função sexual, relacionamento familiar e as actividades recreativas; a função cognitiva inclui aspectos tal como a memória, estado de alerta e a capacidade de decisão/ julgamento; o bem-estar geral: assenta na saúde em geral, incluído as percepções e satisfação com a sua vida.

Deste modo, a conveniência e expansibilidade da expressão qualidade de vida na área da saúde decorre, sobretudo, da definição de Saúde arrogada pela Constituição da Organização Mundial de Saúde - OMS (1948, *cit in* Ribeiro & Gru. PO QDV, 1997) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença. Tendo a concepção de saúde passado a ser reconhecida aos termos de bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente por não apresentar doença, passando a existir uma relação intrínseca entre os factores de qualidade de vida e saúde.

Buss (2000) afirma que a saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida no seu todo dinâmico. Sendo um dos principais objectivos dos cuidados de saúde, melhorar a qualidade de vida das pessoas com patologias, desenvolvendo assim o conceito de qualidade de vida na saúde. Uma vez que, este conhecimento deriva de um movimento subjacente, que assenta na transição de contextos orientados por parâmetros tradicionais de avaliação a pessoas com patologias, tendo em conta as avaliações epidemiológicas ou patofisiológicas, para que seja possível atender às múltiplas dimensões da vida (Pinto & Ribeiro, 2000).

### **2.3. Instrumentos de avaliação na qualidade de vida**

No campo da avaliação estudos indicam que já há mais de 300 anos que se utilizam instrumentos para avaliar os sujeitos relativamente ao nível funcional e de bem-estar. (Ware, 1993, *cit in* Meneses, Ribeiro & Silva, 2002). Assim, têm sido diversos os instrumentos utilizados na qualidade de vida com o objectivo de ser administrados em distintas culturas e

realidades sociais, o que também ajuda a sintetizar a complexidade e relatividade do conceito de qualidade de vida.

Para Caballo (2006) os instrumentos que pretendiam avaliar a qualidade de vida afluíram a partir das investigações do campo da sociologia, tendo estes como indicadores o trabalho, a vida familiar e bem-estar. O mesmo autor acrescenta ainda, que os instrumentos de qualidade de vida contêm itens que predomina a percepção subjectiva e experiências das pessoas, podendo estes incluir áreas interligadas ou não com a saúde, com a vida e com o apoio social. Por outro lado, Awad, Voruganti e Heslegrave (1997) consideram a avaliação como um processo de quantificação importante para possibilitar a compreensão total do que é avaliado com o objectivo de intervir e modificar as necessidades ou *handicapes*.

A construção dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida passou, segundo Canavarro e Serra (2010), por diversas fases: clarificação e uniformização do conceito através de investigadores oriundos de diferentes culturas; estudos qualitativos em 15 cidades de 14 países focalizando o grupo com situações clínicas de distinta gravidade, sujeitos da população em geral e profissionais de saúde com o objectivo de investigar o significado dos conceitos nas diferentes culturas, bem como, desenvolvimento de trabalho de campo para investigações de fiabilidade, análise factorial, validade de constructo, e por fim validade discriminante.

Posto isto, alguns instrumentos avaliam a saúde como componente de um indicador compostos - tal como o Índice de Desenvolvimento Humano programa desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - para outros a saúde é vista como o objectivo (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Relativamente a saúde como indicador composto, o Índice de Desenvolvimento Humano refere que o rendimento, educação e saúde são três elementos fundamentais de qualidade de vida de uma população, ou seja, assenta na noção de capacidades humanas, sendo educação e saúde estados que possibilitam uma expansão das capacidades. Contrariamente, limitação na educação e saúde são vistas como obstáculos à plena realização das potencialidades do ser humano (UNDP, 1998, *cit in* Minayo, Hartz & Buss, 2000). Tal como referem Minayo e colaboradores (2000) este instrumento foi largamente aceite devido à facilidade de obtenção dos índices que o dispõe, o que garante um elevado grau de implicabilidade entre as realidades totalmente diversas. Embora apresente algumas limitações, não foi considerado um bom instrumento para comparar a qualidade de vida entre territórios.

Quanto aos instrumentos que consideram a saúde como objectivo no campo da investigação são referidas duas medidas. As medidas genéricas que são desenvolvidas pelo WHOQOL Group (1994;1998), o qual desenvolveu dois instrumentos de medidas gerais de

qualidade de vida: WHOQOL-100 e o WHOQOL- Bref. O primeiro, segundo Fleck (2000) é composto por 100 perguntas de auto-avaliação da qualidade de vida que pretendem avaliar seis dimensões: a) físico; b) psicológico; c) de independência d) relações sociais; e) meio ambiente e f) espiritualidade/ crenças pessoais. O segundo é a versão abreviada, com 26 questões que obtiveram melhores resultados psicométricos, englobando quatro dimensões: a) físico; b) psicológico; c) relações sociais e d) meio ambiente (WHO, 1996).

Para além destes instrumentos, muitos outros têm sido propostos para medir a qualidade de vida em termos genéricos e específicos. Os genéricos têm como objectivo avaliar a qualidade de vida da população em geral. Por outro lado, os específicos pretendem avaliar de forma individual e específica determinados aspectos da qualidade de vida, podendo estes ser específicos para uma determinada população, doença ou situação específica. Alguns dos instrumentos genéricos mais utilizados para avaliar a qualidade de vida são: Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP), McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ), Rand Health Insurance Study (Rand HIS), The Medical Outcomes Study 36- Item Short Form Health Survey (SF-36), entre outros (Patrick & Deyo, 1989; Coons, Rao, Keininger & Hays, 2000; Ribeiro, 2005).

Existem ainda dentro deste grupo de instrumentos genéricos, instrumentos de medida de qualidade de vida administrado para uma patologia específicas, como por exemplo o SF-36 Health Survey utilizado em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, tendo demonstrado através dos resultados uma boa consistência interna (Vidal, Salas, Escobar, Utreras & Arriagada, 2011).

O SF-36 Health Survey é instrumento genérico de avaliação desenvolvido para avaliar o estado de saúde uma vez que, segundo Ware (2004), se pretendia a construção de um instrumento útil na medição dos resultados respeitantes às diferenças entre populações doentes e saudáveis, ao tratamento clínico na saúde e há sobrecarga provocada por diversos tratamentos médicos. O mesmo autor refere que este instrumento está dividido por oito dimensões (descrito na parte empírica) que pretendem medir as percepções individuais acerca das incapacidades/capacidades ou as limitações em aspectos físicos e mentais.

Em suma, a Organização Mundial de Saúde desempenhou um papel crucial na unificação do conceito para a avaliação da qualidade de vida, tendo procurado validar instrumentos fiáveis que não só avaliassem a qualidade de vida, mas também pudessem ser utilizados em distintos países, ultrapassando barreiras transculturais e sobretudo em pessoas com ou sem doenças.

## 2.4.A qualidade de vida em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia

Desde longa data que a preocupação com a qualidade de vida das pessoas com doenças psiquiátricas tem vindo a desencadear várias discussões, sobretudo com a reforma da saúde mental, onde existe uma enorme tentativas de desinstitucionalizar as pessoas com doenças mentais. Posto isto, a qualidade teve um papel fundamental, no sentido de se conhecer o interesse dos doentes, bem como, melhorar a comunicação com os profissionais de saúde (Bowling, 1994).

Tal como demonstram as investigações, são necessárias aplicações de medidas na qualidade de vida em várias valências da assistência em saúde, principalmente, em pessoas que apresentam um diagnóstico de perturbações graves, como a esquizofrenia (Souza & Coutinho, 2006). Uma vez que, a doença causa um impacto significativo na vida das pessoas, sendo que alguns doentes apresentam uma qualidade de vida superior às pessoas saudáveis, devia a estes apresentarem expectativas demasiado altas.

Na perspectiva de Orley, Saxena e Herman (1998), as pessoas que sofrem de doenças psiquiátricas internadas há longos anos podem apresentar uma qualidade de vida aparentemente boa, devido às suas baixas expectativas. Os mesmos autores acrescentam ainda, que antes de serem transferidas para a comunidade as pessoas que sofrem de doenças psiquiátricas, devem aumentar as expectativas em relação à sua ida para a comunidade, uma vez que, vai fazer baixar as expectativas que foram desenvolvendo em relação às suas vidas, em termos de qualidade de vida na institucionalização.

Segundo Ribeiro (2005), num estudo realizado à população portuguesa sobre a qualidade de vida, verificou as pessoas de sexo feminino apresentavam uma pior qualidade de vida do que o sexo masculino, e que as pessoas mais velhas apresentavam uma pior qualidade de vida em comparação com as mais novas. Este autor acrescenta que as pessoas da população geral (saudáveis ou sem doença) apresentam índices de qualidade de vida melhores do que as pessoas com doença, há excepção do grupo de pessoas mais velhas, onde os resultados demonstram que a partir dos 74 anos as pessoas doentes geralmente apresentavam uma qualidade de vida superior ao grupo dos saudáveis.

Em relação às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, os estudos indicam que a doença afecta significativamente a qualidade de vida, tendo como factor associado a duração da doença (Cardoso, Caiaffa, Bandeira, Siqueira, Abreu, Fonseca, 2006, 2005; Coelho & Panteleão, 1999). De acordo com Lehman e colaboradores (1982) um vasto conhecimento sobre a qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia pode promover a

compreensão do impacto das perturbações, assim como, da assistência em saúde sobre o bem – estar geral. Também Awad e Voruganti (2000) referem a importância da interpretação da qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, como um conjunto de componentes multidimensionais que existem nos mesmos.

A Organização Mundial de Saúde (2002) menciona que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia no internamento prolongado, nas instituições psiquiátricas, apresentam uma qualidade de vida escassa em comparação com aqueles que vivem na comunidade, relativamente aos estudos realizados ao nível da institucionalização.

Para além destes factores, os estudos demonstram que as pessoas com diagnósticos de esquizofrenia apresentam uma elevada taxa de vulnerabilidade ao stress e escasso comportamento assertivo que dificulta a resolução de problema no quotidiano, criando impacto na qualidade de vida (Bandeira & Ireno, 2002). Outros estudos revelam que factores como a idade, estado civil, baixa escolaridade, anos de tratamento influenciam a qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (Rossler, Salize, Cucchiaro, Reinhard & Kernig, 1999; Norman et al., 2000; Duno, Pousa, Domenech, Diez & Guillamat, 2001)

Através dos estudos realizados por Bobes e García- Portilha (2006) em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia conclui-se que a qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia comparado com a população geral é pior; a faixa etária jovem, sexo feminino, pessoas casadas e pessoas com baixo nível de intrusão apresentam pior qualidade de vida; quanto maior o número de anos da doença pior a qualidade de vida; a psicopatologia, essencialmente a sintomatologia positiva, depressiva, apresenta uma correlação negativa com a qualidade de vida; reduzidos efeitos secundários dos fármacos e a combinação de um tratamento Psicofarmacológico com um psicoterapêutico melhoram a qualidade de vida; os doentes que participem num programa de apoio comunitário apresentam, uma melhor qualidade de vida comparativamente aos que estão institucionalizados.

Os estudos no âmbito das pessoas com diagnóstico esquizofrenia crónica institucionalizados são bastante escassos, pois existe uma grande focalização na comparação de pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas e não nos contributos para a qualidade de vida. Bryson, Lysaker e Bell (2002) faz através dos seus estudos referência a esse factor, uma vez que, os autores pretendiam verificar os benefícios na qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia que efectuem um trabalho remunerado.

Assim, na existência da grande dificuldade de encontrar os factores que influenciam a qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia, será discutido no próximo capítulo qual a influência *coping* na vida deste indivíduos.

## 2.5. Conclusão

Este capítulo consistiu na abordagem sobre o conceito de qualidade de vida constatando-se a sua evolução ao longo dos tempos, sendo que actualmente o conceito de qualidade de vida está associada a factores como a saúde e o bem-estar geral. Neste mesmo sentido, foi sentida a necessidade de criar uma definição geral pela qual o ser humano se rege, assim a Organização Mundial de Saúde considera a qualidade de vida “*como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença*”. Posto isto, foram desenvolvidos vários instrumentos que permitissem avaliar a qualidade de vida do ser humano, independentemente de ser saudável ou doente. Por fim, elaborou-se uma revisão da literatura sobre a percepção sobre qualidade de vida nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

## Capítulo 3. *Coping*

Neste capítulo será apresentada uma abordagem do *coping*. Deste modo, no primeiro ponto é feita uma breve descrição do conceito de *coping* pelos diversos autores sendo que, os seguintes pontos contemplam os estilos de *coping*, bem como, o *coping* nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Pretende-se sobretudo demonstrar de que modo o conceito de *coping* foi evoluindo e quais são os estilos de coping que o ser humano foi utilizando face a situações geradoras de *stress*, sobretudo como as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia utilizam o *coping* no seu quotidiano.

### 3.1. Conceito de *Coping*

Desde muito cedo as investigações debruçam-se sobre o *coping* perdurando há três gerações (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeiro, 1998). Com a evolução das investigações, distintos conceitos e percepções têm-se evidenciado sobre o mesmo, porém, ainda não é exacto o conceito de *coping*. O *coping* pode ser designado, originalmente, como:

*“(...) o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas. Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações estressantes, crónicas ou agudas, tem se constituído em objecto de estudo da Psicologia social, clínicas e da personalidade, encontrando-se fortemente atrelado ao estudo das diferenças individuais.”* (Antoniazzi et al., 1998, p.274)

Primariamente o *coping* era encarado como um correlato sólido, análogo a um mecanismo de defesa, com uma hierarquização numa escala de dois sentidos opostos, num lado temos a saúde e no outro temos a doença. Mais tarde, na década de 60 as investigações caracterizam o *coping* como um mecanismo de integração entre o meio ambiente e o indivíduo, dando-se grande relevância ao processo.

Nos últimos anos, vários estudos referem que o *coping* se tem vindo a centrar na personalidade e nos traços com ela relacionados - auto-estima, auto-controlo, a austeridade e optimismo – demonstrando que a sua utilização é influenciada pelas características de cada indivíduo (Caver & Scheier, 1994; Caver, Scheier & Weintraub, 1989; Compras, Banez, Malcanne & Worsham, 1991; Lopez & Little, 1996; Parkes, 1984; cit in Antoniazzi et al., 1998)

De acordo com Ribeiro e Rodrigues (2004) o *coping* submergiu da investigação da psicologia sobre o *stress*, (forças que promovem o desequilíbrio do sujeito por meio de tensão), quando se verificou que o *stress* não é um processo automático de estímulo -

resposta, mas sim, é medido por vários factores. O mesmo autor acrescenta, que o factor de estudo esteve na génese da formulação do *coping* como membro integrante do processo de *stress*.

Para Lazarus e Folkman (1984, cit. in Sardim, 2003), o *coping* é visto por todos os esforços comportamentais e cognitivos do indivíduo para suportar as exigências geradoras de *stress* e/ou desconforto emocional relacionado com respostas de *stress* (Sardin, 1999, cit in Sardim, 2003). O *coping* ainda hoje assenta numa visão cognitiva - comportamental como forma de ampliação e percepção de como as estratégias são aplicadas. Já Greenglass (2002) apresenta uma visão discrepante sobre esta linha de pensamento, considerando que o *coping* assenta-se num planeamento racional e numa representação cognitiva das acções, no momento que a antecede.

Holahan e Moos (1987, cit in Ribeiro & Rodrigues, 2004, p.3) consideram “*o coping tem sido definido como um factor estabilizador, ou seja, que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou momentos stressantes*”.

Completando as concepções anteriores do conceito, o processo de *coping* para Sanzavo e Coelho (2007) assenta num conjunto de respostas comportamentais, que o sujeito perante uma situação de *stress* emite para modificar o meio envolvente, com o objectivo de adaptar-se ao evento stressor, e assim diminuir os sinais aversivos.

De acordo com Craver et al. (1989, cit in Ribeiro, 2005), existem diversos estilos de *coping* próprios para cada ser humano. Este autor refere ainda, que os estilos de coping diversificam de acordo com as características específicas da personalidade de cada ser humano e serão constantes ao longo da vida, no entanto as estratégias de *coping* possam variar consoante o contexto.

Assim, através dos modelos de *coping* (Folkman & Lazarus, 1980 cit in Antoniazzi et al., 1998) submergiu uma visão cognitiva, onde este assenta em duas vertentes: o *coping* centrado no problema e *coping* centrado na emoção. Porém, o *coping* é definido como um aglomerar de esforços cognitivos e comportamentais, dispostos pelo sujeito, para lidar com as exigências individuais – internas ou externas - que advêm de situações de *stress* e avaliados consoante os recursos individuais para lhes fazer frente.

O modelo de *coping* de Lazarus e Folkman (1984) engloba quatro conceitos fulcrais: a) *coping* é o processo ou interacção entre o sujeito e o meio; b) o *coping* tem como função administrar uma situação geradora de stress, em vez de controlar ou dominar a mesma; c) os processos de *coping* pressupõe a dimensão avaliativa, ou seja, o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do sujeito; d) o processo de *coping*



constitui-se numa mobilização de esforços, no qual os sujeitos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais.

Folkman, Lazarus, Pimley e Novacek (1987) consideram que os processos de *coping* variam com a idade, devido às experiências e acontecimentos que o indivíduo é exposto no seu percurso de vida. Os mesmos autores, consideram ainda que em termo comparativo, a população jovem e envelhecida, apresentam diferenças no *coping*. A população jovem apresentam um *coping* activo focalizado no problema, outro lado, a população envelhecida recorre a uma estratégia de *coping* mais passiva e focalizada nas emoções.

Por sua vez, o *coping* pode também afectar a vida do indivíduo ao nível da saúde, (Lazarus & Folkman, 1984, cit in Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986) refere que: pode influenciar a frequência e intensidade e a duração da resposta a nível neuroquímico; pode despoletar o consumo de substâncias por parte do indivíduo, ou envolver-se em actividades que coloquem a vida em risco; o sujeito pode, ainda, apresentar um comportamento inadaptado.

Posto isto, torna-se fulcral que as pessoas tenham consciência da existência de várias definições de *coping*, assim como, as diferentes estratégias como vêm mencionadas no ponto a seguir.

### 3.2. Estilos e estratégias de *coping*

Os estilos e estratégias de *coping* têm criado alguma controvérsia entre os estudos realizados, tornando-se assim fulcral a distinção entre estes dois conceitos (Antoniazzi et al., 1998).

Relativamente aos estilos, estes estão relacionados com a personalidade e estratégias mais ligadas às acções e comportamentos no decurso de situações de *stress* (Antoniazzi et al., 1998). Em contraposição ao autor supracitado, Carver e Scheier (1994) referem que cada ser humano desenvolve hábitos característicos para lidar com o *stress*, e estes podem influenciar as reacções em situações que vão surgindo.

Já Miller (1981) refere dois estilos de *coping*: o monitorizador (que está alerta e sensibilizado para os aspectos negativos da experiência, tem uma atenção vigilante, procura informações e tenta controlar situações) e o desatento (que usa comportamentos de distração e protecção da fonte de *stress*, tende a afastar-se da ameaça e evita informação).

Assim, na literatura sobre os estilos de *coping*, diversas tipologias ou conceptualizações têm sido consideradas ao longo do tempo (Ribeiro, 2005). Sendo que outros autores, fazem referência a diferentes tipos de *coping* (Brande & Weisz, 1988; Billing

& Moss, 1984 *cit in* Antoniazzi et al., 1998): o primário (tendência para lidar com a situação); secundário (adaptação à situação de *stress*); activo (comparação entre o sujeito e agentes de *stress*); passivo (o sujeito evita a fonte de *stress*).

No que concerne às estratégias de *coping*, estas ocorrem em situações específicas de *stress* e estão relacionadas com os aspectos cognitivos - pensamentos - ou de comportamento, sobre as quais, Lazarus & Folkman (1984), consideram que podem ser modificadas, em função da situação stressante.

Para Schwarzer (2000, *cit in* Greenglass, 2002) existem quatro formas distintas de *coping*: o *coping* antecipatório que é caracterizado pela tentativa de lidar com o risco iminente, que vai despoletar uma perda. A função deste *coping* passa pela resolução do problema actual, tal como aumentar o esforço, e procurar ajuda para investir noutros recursos. Também é compreendido o investimento em recursos para combater o stressor (factor stressante); o *coping* preventivo consiste nos esforços para conseguir recursos gerais de resistência e que irão reduzir a severidade das consequências de stress. Este *coping* engloba a gestão de risco, mas aqui há que ter em consideração os riscos ocultos que poderão ocorrer futuramente; o *coping* reactivo, consiste nos esforços para lidar com situações stressantes passadas. Sendo que estas já se vivenciaram, os esforços de *coping* vão em direcção a remediar as perdas e aliviar a tensão. Este tipo de *coping* foi o que mais se evidenciou nas investigações recentes; o *coping* proactivo caracteriza-se nos esforços para criar recursos gerais que promovam a concretização dos objectivos propostos e que auxiliam no crescimento pessoal, existindo uma discrepância entre os recursos que são usados em situações de *stress*.

Por sua vez, as estratégias de *coping*, segundo Lazarus e Folkman (1984), podem ainda incidir na componente emocional, resolução de problema e interacção social, sendo que os autores consideram que o *coping* focalizado na emoção é caracterizado como um esforço para ajustar o estado emocional que é interligado ao *stress*. Contrariamente, o *coping* focalizado na interacção social direcciona-se mais na parte avaliativa, ou seja, “o uso das estratégias de coping focado no problema ou a emoção depende de uma avaliação da situação de stress, na qual o sujeito se encontra envolvido” (Antoniazzi et al., 1998, p.284).

Por último, o *coping* focalizado na interacção social caracteriza-se pela procura de cooperação da vertente social para a resolução de situações causadoras de *stress*. Através do inventário de controlo de *stress* o autor, Lipp (1984, *cit in* Oliveira, 2009), descreve algumas das estratégias de *coping* que se pode utilizar, sendo elas: aspectos fisiológicos que abarcam o exercício físico, práticas genéricas de saúde e nutrição e dinâmicas de relaxamento; sistemas de apoio que englobam o apoio social intra e extra familiar, sessões de psicoterapia,

frequência a uma igreja; actividades de voluntariado, recreações e ócio e competências interpessoais.

É necessário ainda lembrar, que muitas pesquisas têm sido realizadas para mensurar as estratégias de confronto. Neste sentido, Gimenes e Queiroz (1997, *cit in* Oliveira, 2009) referem um modelo interactivo de *stress* que assenta em quatro percepções: salienta os resultados adaptativos dando pouca relevância aos aspectos psicopatológicos de possíveis respostas ao *stress*; relevância nas diferenças individuais, quer ao nível de avaliação quer de respostas ao *stress*; compreender os efeitos de *stress* quer num contexto ou situação específica; minimizar aspectos disposicionais ou estilo de enfrentar o *stress* e valoriza a noção de processo, assim como, o carácter flexível. Costa e Leal (2006) referem ainda que os processos de avaliação do *coping* têm influência na vida do ser humano devido, sendo que possibilitam uma redução da situação geradora de *stress*, bem com das reacções emocionais de negativas. Assim, as estratégias de *coping* podem diminuir o impacto dos acontecimentos de vida, sendo que podem aumentar os níveis de bem-estar psicológico, ou contrariamente reduzir o sofrimento.

Podemos concluir que um acontecimento não é universalmente stressante, ou seja, o seu potencial stressor está na dependência da vulnerabilidade do sujeito em diversos acontecimentos, condicionados por factores genéticos, intrapsíquicos – traços da personalidade –, educacionais, culturais, história de vida do indivíduo e seus recursos para enfrentar as situações (Folkman, 1986).

### 3.3.Coping em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia

*“Apesar da dificuldade em definir stress, este é um conceito actual, nesse sentido, iremos acentuar os aspectos psicológicos de stress e como estes podem precipitar sintomas físicos, comportamentais e cognitivos que vão, num ciclo vicioso, influenciar a doença, com repercussões graves no ser humano, deteriorando a sua qualidade de vida”.* (Pereira, 2006, p.148)

O *coping* tem sido associado a acontecimentos de *stress* desde muito cedo. Em 1990 o *stress* foi considerado através do Manual de Estatístico das Doenças Mentais (DSM-IV-TR, APA, 2002) como um transtorno psiquiátrico. Para além, da tentativa de definir o *stress* é fulcral conhecer e compreender as estratégias de *coping* que estão disponíveis nos indivíduos.

Assim sendo, o *stress* adquire significados divergentes tanto a nível da construção teórica, como a nível da investigação experimental. Mas, continua a despoletar dificuldades na vida do ser humano. Já Selye (1974) referia a impossibilidade de as pessoas, no seu

quotidiano, viverem sem situações de *stress*, e muitas vezes até pode ser necessário para despoletar uma resposta às situações.

Os acontecimentos que para um ser humano podem causar dificuldades e serem promissoras de *stress*, para outros podem ser vistos com desafios suportáveis dependendo da interpretação dos acontecimentos de diversos factores, tais como (Pereira, 2006): experiências vivenciadas, narrativas individuais, recursos psicológicos e físicos, acontecimentos traumáticos, situações crónicas. Dentro destes acontecimentos que podem levar ao aparecimento de factores stressantes, a literatura destaca as doenças físicas e psicológicas. Pois, tal como é referido por Vaz-Serra (2007) e outros autores, algumas pessoas estão mais predispostas para níveis de *stress* mais elevado levando isto a uma maior vulnerabilidade para apresentarem uma doença do foro psicológico, tal como acontece em indivíduos que apresentem um diagnóstico de perturbação mental (Pereira et al., 2004).

No caso das doenças crónicas, os estudos indicam que as pessoas tendem a adoptar estratégias de *coping* emocional e apresentam uma diminuição de níveis elevados de stress, uma vez que nada podem fazer para modificar esta condição. Tal como é sustentado por Schreurs, Ridder & Bensing (2000), as pessoas perante uma situação extremamente adversa, como por exemplo no caso de lhe ser diagnosticado uma doença crónica, pode manifestar primeiramente um *coping* direccionado para as emoções e evitamento.

Uma vez que, os números actuais de pessoas com doenças mentais têm vindo aumentar, dados fornecidos pelo *Relatório da Comissão das Comunidades Europeias* (2005), a Organização Mundial de Saúde e União Europeia têm demonstrado preocupação com este factor e em desenvolver estratégias de intervenção, (de curto e longo prazo), para promover no ser humano a saúde e bem – estar. Também vários estudos, têm focalizado a sua atenção na relação entre o stress e a doença mental, especialmente para as atribuições, causas e crenças da saúde e as cognições face à doença (Leventhal, Brissete & Leventhal, 2003; Maes & Gebhardt, 2000; Ogden, 1999;2000).

Por outro lado, Horon, Brow e Blanchard (2007, *cit in* Oliveira, 2009) através das suas investigações demonstram que os sujeitos que apresentam sintomatologia característica de perturbação esquizoide ou esquizotípica têm presente aversão a acontecimentos sociais, dificuldade estabelecer amizades íntimas e afectos negativos em relação ao outro, utilizando assim, menos estratégias sociais como busca de apoio.

Relativamente às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, estes apresentam um percurso de vida instável. Ao longo da sua vida, estas pessoas vão estar expostas a situações de grande vulnerabilidade ao *stress*, tanto nível biológico como psicossocial. Por sua vez, este

níveis associados a baixos recursos individuais de *coping* e de competência de ajustamento psicossociais desajustadas podem levar a um aumento da sensibilidade aos stressores ambientais, e para o aparecimento de sintomatologia psicótica.

Vaz-Serra (2002, p.343) relativamente às implicações de acontecimentos stressantes no início das vidas das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia refere que “*é difícil de determinar se a presença de dado acontecimento de vida julgado como perturbador é independente da psicose ou já é produto da interacção da doença incipiente com o meio ambiente, em que o indivíduo interpreta de forma distorcida certas ocorrências e actua de forma a dar origem a situações aversivas*”. Comparando os eventos causadores de *stress* na vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, os estudos demonstram que os que evidenciam experiências negativas podem recair. Por outro lado, os que não recaem tendem a mobilizar com maior eficácia respostas, as quais são denominadas de coping efectivo (Salgado, Rocha & Marques, 2008).

Para Myin-Germeys, Van Os, Schwartz, Stone, e Delespaul (2001, *cit in* Salgado, Rocha & Marques, 2008) os sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia apresentam os índices mais elevados nível familiar para despoletar a perturbação, uma vez que, este factor parece estar relacionado com níveis superiores de reactividade emocional a stressores do quotidiano. Concluindo-se que, esta reactividade ao *stress* pode constituir um marcador de vulnerabilidade.

Neste âmbito foi desenvolvido um modelo explicativo de Vulnerabilidade – *stress* para as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (Nuechterlin & Dawson, 1984). Este modelo salienta a presença de uma elevada condição de vulnerabilidade que é desenvolvida pela interacção entre componentes biológicas e psicossociais. Segundo Palha e Coelho (2006), os agentes causais manifestam-se quando os factores de *stress* cooperam para o desenvolvimento de uma vulnerabilidade para a esquizofrenia, tais como acontecimentos na infância e recentes podem contribuir para uma maior vulnerabilidade ao stress e assim ser considerados um factor de risco, uma vez que a vulnerabilidade pode permanecer latente até que ocorra um acontecimento desencadeador.

Posto isto, o *stress* é o factor que irá desencadear a manifestação da esquizofrenia, ou seja, o indivíduo desenvolve uma vulnerabilidade biológica e psicossocial, quando exposto a um acontecimento que desencadeador de *stress* terá uma probabilidade elevada para desenvolver a patologia (Saoud & Dumas, 2001, *cit in* Dalery & d'Amato, 2001). Porém, esta influência exercida pelo *stress* para a manifestação da esquizofrenia, também se relaciona com os baixos níveis de estratégias de *coping* e competências de ajustamento psicossocial.

Assim vários autores referem, que relativamente à funcionalidade e qualidade de vida das pessoas com incapacidades psiquiátricas severas, como o caso daquelas com diagnóstico de esquizofrenia, que melhores resultados estão associados a um uso adaptativo de competências de *coping* (Meyer, 2001; Middleboe & Mortensen, 1997; Yanos, Primavera & Knigh, 2001).

### **3.4. Conclusão**

Ao longo do capítulo realizou-se uma revisão sobre a evolução do conceito de *coping*, prosseguindo-se aos vários estilos de *coping* que o ser humano utiliza para se adaptar às situações geradoras de *stress*. Por fim, este capítulo aborda o coping nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, contudo na revisão da literatura constatou-se uma grande carência significava para o estudo de enfoque nos recursos disponíveis por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia para enfrentar ou criar estratégias de coping para lidar com situações de *stress*, bem como, encontrar estratégias para enfrentar as dificuldades face à doença.

## **Parte II. Parte Empírica**

---

## Capítulo 1. Parte empírica

O presente capítulo destina-se à apresentação dos objectivos e da metodologia do estudo empírico efectuado. A investigação proposta visa estabelecer um maior conhecimento sobre esquizofrenia, assim como a relação entre as variáveis em estudo. Primariamente serão apresentados os objectivos da investigação, e as variáveis. Posteriormente, será realizada a caracterização da amostra. De seguida, serão descritos os instrumentos de avaliação utilizados, facultando-se informação acerca das suas características psicométricas, os procedimentos de recolha de dados e, no final, serão descritos os procedimentos estatísticos de análise dos dados.

### 1.1 Objectivos

O presente estudo visa realizar uma análise descritiva a uma amostra de sujeitos do sexo masculino institucionalizados com o objectivo geral de analisar a relação entre qualidade de vida relacionada com a saúde e os estilos de *coping*.

Assim, esta investigação possui os seguintes objectivos específicos:

1. Caracterizar a amostra de acordo com as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e profissão) e clínicas (anos de internamento e números de internamento);
2. Avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia;
3. Avaliar os estilos de *coping* nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia;
4. Analisar a relação entre qualidade de vida relacionada com a saúde e os estilos de *coping*.

### 2 . Desing

De acordo com Pestana e Gageiro (2008) trata-se de um estudo de natureza transversal, visto que, os dados deste vão ser recolhidos num só momento. Além disso, terá por base a metodologia quantitativa que tem como características o positivismo, objectivismo, é reducionista, de medição controlada, está orientada para a comprovação, confirmação e resultado e é hipotético - dedutiva, precisa e fiável através da validação científica (Almeida & Freire, 2007).

Relativamente ao método, este estudo caracterizar-se-á também por ser um estudo observacional /descritivo e analítico, visto que, o investigador não irá intervir de forma



directa, desenvolve somente procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente. Porém, este estudo irá fornecer somente informação acerca da amostra em estudo e procurar explicar os resultados através do exame das relações estatísticas (correlações) entre variáveis (Almeida & Freire, 2007; Pereira, 2004).

### **3. Variáveis estudadas**

As variáveis do presente estudo foram seleccionadas com base numa revisão da literatura e nos objectivos de investigação previamente mencionados.

#### **3.1 Variáveis sócio - demográficas**

Foram estudadas variáveis sócio-demográficas consideradas mais relevantes no sentido de caracterizar a amostra e de permitir as análises exploratórias nomeadamente idade, estado civil, habilitações literárias, profissão.

#### **3.2 Variáveis clínicas**

As variáveis clínicas neste estudo são número de internamentos e anos de internamento.

#### **3.3 Variáveis psicológicas**

As variáveis psicológicas neste estudo são a qualidades de vida e os estilos de *coping*.

### **4.Procedimento de recolha de dados**

Para iniciar a recolha dos dados procedeu-se ao envio de um pedido de autorização por escrito à comissão do conselho de ética do Instituto de S. João de Deus para a realização da investigação. Em anexo, foi enviada uma breve descrição do projecto, explicando as diferentes fases e a identificação dos investigadores envolvidos. Após, o deferimento do pedido de autorização foi realizada a recolha de dados, sendo garantidas, ao longo de todo o processo de investigação, a participação voluntária e a confidencialidade dos dados.

Todos os sujeitos que participaram na investigação foram informados directamente pelo investigador, sendo-lhes explicado detalhadamente o âmbito e finalidades da presente investigação na primeira consulta. Após a aceitação da participação, procedeu-se ao primeiro momento de avaliação.

Esta investigação iniciou-se com a assinatura do consentimento informado e posteriormente com a administração dos instrumentos sempre em forma de entrevista, nunca

tendo sido determinado tempo para a aplicação dos mesmos. Os dados sócio - demográficos foram recolhidos através do processo clínico.

Os momentos da avaliação, os respectivos instrumentos de avaliação utilizados e ordem de preenchimento foram realizados da seguinte forma: primariamente foi dado a preencher o consentimento informado e de seguida o preenchimento dos instrumentos (*Mini Mental State Examination (MMSE)*, *Questionário de Saúde reduzido-SF36 (SF-36)*, *Brief Cope*).

## 5. População e amostra

A amostra desta investigação é constituída por 37 sujeitos do género masculino, sendo estes utentes em regime de internamento crónico de uma Casa de Saúde da Região Norte do País e com o diagnóstico de esquizofrenia. Assim, segundo Pereira (2004) a amostra tende a caracterizar-se com não probabilística e de conveniência.

No que concerne aos critérios de inclusão, considerou-se como critérios o facto de os participantes serem sinalizados com diagnóstico de esquizofrenia e de terem idades compreendidas entre os 32 e os 70 anos ( $55,0 \pm 7,75$ ), bem como indivíduos com capacidade para saber ler, compreender e completar com sucesso os questionários apresentados. O padrão da idade seleccionada teve em atenção a faixa etária da Casa de Saúde. Como critérios de exclusão, definiu-se que não seriam considerados pacientes com diagnóstico diferente, de forma a não enviesar os resultados.

## 6. Instrumentos

Tendo em consideração as variáveis em estudos serão utilizados os seguintes instrumentos: *Questionário socio-demográfico*, *Mini Mental State Examination* e *Questionário de Saúde reduzido-SF36* e o *Brief cope*.

### 6.1. Questionário socio-demográfico

O questionário sócio - demográfico pretende recolher dados demográficos, sociais e culturais dos sujeitos. Sendo a sua estrutura constituída por sete questões. Os itens dizem respeito à idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, número de internamento e anos de internamento.

**6.2. Mini Mental State Examination** (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Versão Portuguesa de Gameiro, Silva e Botelho)

### Versão Original

Para a selecção dos participantes foi utilizado o Mini - Mental State Examination foi desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e posteriormente adaptado à população portuguesa por Gameiro, Silva e Botelho (1994). Este instrumento consiste numa mini – bateria que têm como objectivo avaliar o fundamento cognitivo no adulto (com ou sem defeito cognitivo), tratando-se de uma medição breve, quantitativa e objectiva. Além do supracitado, procura alterações cognitivas, calcular a severidade e a seguir o curso dessa mudança com o passar do tempo (Rito, 2006).

Este instrumento está dividido por diferentes provas de orientação, retenção, atenção, cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

Quanto à parte classificativa, tem um conjunto de 30 perguntas, na qual, cada uma tem o valor de um ponto obtendo um *score* total de 30 pontos e quanto mais elevada a pontuação, melhor é o estado mental do sujeito. Um *score* inferior a 23 implica que o indivíduo tenha um défice cognitivo (Dziedzic, 1998, *cit in* Ferrão, Albuquerque & Gomes, 2008).

### Versão Portuguesa

No que diz respeito às qualidades psicométricas na validação desta escala para a população portuguesa foram inseridas alterações, para adaptação às especificidades da população. Entre muitos aspectos considerados, a taxa de analfabetismo da população portuguesa foi a que mais se destacou, sendo considerados por isso três *scores* possíveis a partir dos quais o indivíduo é considerado sem défice cognitivo, de acordo com o seu nível de escolaridade: Analfabetos, *score* maior que 15, do 1º ao 11º ano de escolaridade, *score* maior que 23, mais do que 11 anos de escolaridade, *score* maior que 27 pontos.

Em suma, a utilização do Mini Mental State Examination tem como objectivo determinar quais os participantes que possuem um grau cognitivo que permita a compreensão tanto ao nível de qualidade de vida, como, e estilos de *coping*.

**6.3. Questionário de Saúde reduzido-SF36** (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, 2002)

### Versão original

O Questionário de Saúde reduzido-SF-36 (Short Form de 36 itens, SF-36 ou SF-36 Health Survey) tem uma longa história desde os anos 70 com o The Rand Health Insurance Study, mas, somente em 1993 foi publicada a primeira versão do instrumento conhecido

como SF-36, com Ware, Snow, Kosinski e Gandek como seus autores (Ribeiro, 2002). Posteriormente, este instrumento foi aferido para a população por José Luís Pais Ribeiro (2002).

Ao nível da aplicação o SF-36 é um instrumento de auto-preenchimento, tendo como objectivo avaliar o Estado de Saúde em geral que pode ser utilizada tanto em pessoas saudáveis como em doentes (patologias físicas ou psiquiátricas crónicas), pois permite a descrição de diferenças no funcionamento e bem-estar em indivíduos (Ribeiro, 2005).

Este instrumento, está organizado em 36 itens subdividido em oito dimensões: Funcionamento Físico, funcionamento (10 itens); Desempenho Físico (4 itens) Dor Corporal (2 itens); Saúde Geral (2 itens); Vitalidade (4 itens); Funcionamento Social (2 itens); Desempenho Emocional (3 itens); Saúde Mental (5 itens), (Ribeiro, 2005), por último um item de Transição de Saúde.

Porém, as oito dimensões estão divididas em dois grandes componentes o componente Físico (Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal e Saúde Geral) e o Mental (Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental).

Relativamente à cotação deste instrumento, os itens e as escalas são cotados de tal modo, que a nota mais elevada corresponde a uma melhor percepção que a pessoa tem de saúde, onde, as respostas são dadas numa escala tipo Likert, que varia consoante o item.

### **Versão Portuguesa**

No estudo de validação do SF-36 para a população portuguesa, os resultados demonstram que todos os itens apresentam uma correlação com a escala a que pertencem, superior ao valor definido de .40 (Gandek, Ware, Aaronson, Apolene, Bjorner, Bullinger, Kaasa, Fukuhara, Leplège & Sullivan, 1998, *cit in* Ribeiro, 2005). Assim, os valores apresentados estão dentro dos padrões normativos encontrados na adaptação, do instrumento em 11 países (Gandek et al., *cit in* Ribeiro, 2005).

Quanto à sensibilidade da escala, Ribeiro (2005) procedeu à comparação entre grupos divergentes – grupo saudável e doentes, grupo masculino e feminino e grupo de idade – concluindo que existia uma comparação entre os estudos já realizados, realçando-se valores mais elevados para a faixa etária jovem, género masculino e não doentes.

### **Características psicométricas na presente amostra**

Uma vez que este instrumento se encontra validado para a população portuguesa, apenas se avaliou a fidelidade da presente amostra (Anexo IV). Assim, verificou-se que o alfa

de cada sub-escala “função física” foi de .92 (consistência interna muito boa), alfa da sub-escala “desempenho físico” foi .66 (consistência interna fraca), alfa da sub-escala “desempenho emocional” foi .82 (consistência interna boa), alfa da sub-escala “dor física” foi .73 (consistência interna razoável), alfa da sub-escala “saúde em geral” foi .79 (consistência interna razoável), alfa da sub-escala “vitalidade” foi .81 (consistência interna boa), alfa da sub-escala “função social” foi .59 (consistência interna inaceitável), alfa da sub-escala “saúde mental” foi .80 (consistência interna boa). A escala total apresenta um alfa de .93 (consistência interna muito boa).

#### 6.4. Brief Cope

**Versão original** (Coper, 1997; Versão Portuguesa de Ribeiro e Rodrigues, 2004)

O Brief Cope inicialmente desenvolvido por Caver (1997) e posteriormente adaptado à população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004) tem como objectivo avaliar o *coping* disposicional em adultos. Trata-se de uma escala com 28 itens distribuídos por 14 subescalas (cada subescala com 2 itens) sendo eles: coping activo, planejar, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social emocional, religião, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto – distração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias (medicamentos/ álcool) e humor. Cada uma das estratégias é pontuada com valores diferentes, sendo a pontuação dada de 1 (não o faço em absoluto) e 4 (faço-o frequentemente).

Segundo os autores, Coolidge, Segal, Hook e Steward (2000) é possível agrupar as estratégias de *coping* em subgrupos diferentes: o *coping* focado nas emoções, *coping* centrado no problema e *coping* disfuncional. O coping centrado nas emoções engloba a aceitação, utilizar suporte social emocional, humor, reinterpretação positiva e religião. O coping centrado no problema agrupa o coping activo, utilizar suporte instrumental e planejar. No que concerne ao coping disfuncional abarca as estratégias de coping desinvestimento comportamental, negação, auto-culpabilização, uso de substâncias e expressões dos sentimentos.

A versão original segundo Caver (1997) refere uma fidelidade para a maioria das subescalas apontando-se apenas as estratégias de coping expressão de sentimentos, negação e aceitação com valores de Alpha inferiores a .60. Quanto ao agrupamento de estratégias de coping em coping focado nas emoções, coping focado no problema e coping disfuncional, Cooper, Katona e Livingston (2008) aplicam o questionário a uma amostra de cuidadores de

peessoas que apresentam um diagnóstico de Alzheimer em três momentos distintos com um intervalo de tempo correspondente a um e os resultados obtidos permitiram constatar uma fidelidade marcada por uma forte consistência interna ( $\alpha=.72$  para o coping focado nas emoções;  $\alpha=.84$  para o coping focado no problema;  $\alpha=.75$  para o coping disfuncional) e a fidelidade teste – reteste a um ano revelou correlações elevadas ( $r=.58$  para o coping focado nas emoções;  $r=.72$  para o coping focado no problema;  $r=.68$  para o coping disfuncional;  $p<.001$ ).

### **Versão portuguesa**

Relativamente à versão adaptada para a população portuguesa seguiu os passos utilizados pelo autor da versão original e com as mesmas características ao nível populacional foram encontrados resultados psicométricos análogos (Ribeiro, 2007). A estrutura factorial da versão portuguesa apresenta características semelhantes à versão original e confirma distribuição dos itens pelas escalas a que pertencem. No que concerne à consistência interna das escalas, esta é satisfatória e muito similar à versão original e só 3 escalas apresentaram valores inferiores a 0.70 (coping activo  $\alpha=.65$ ; auto-culpalização  $\alpha=.62$ ; e aceitação  $\alpha=.55$ ).

### **Características psicométricas na Presente amostra**

Uma vez que este instrumento se encontra validado para a população portuguesa, apenas se avaliou a fidelidade da presente amostra (Anexo IV). Assim, verificou-se que o alfa de cada sub-escala “*coping* activo” foi .37 (consistência interna inaceitável), alfa da sub-escala “planear” foi .58 (consistência interna inaceitável), alfa da sub-escala “utilizar suporte instrumental” foi .84 (consistência interna boa), alfa da sub-escala “utilizar suporte emocional” foi .73 (consistência interna razoável), alfa da sub-escala “religião” foi .58 (consistência interna inaceitável), alfa da sub-escala “reinterpretação positiva” foi 0,83 (consistência interna boa), alfa da sub-escala “auto-culpabilização” foi .67 (consistência interna fraca), alfa da sub-escala “aceitação” foi .82 (consistência interna boa), alfa da sub-escala “expressão de sentimentos” foi .90 (consistência interna muito boa), alfa da sub-escala “negação” foi 0,48 (consistência interna inaceitável), alfa da sub-escala “auto distração” foi .46 (consistência interna inaceitável), alfa da sub-escala “desinvestimento comportamental” foi .74 (consistência interna razoável), alfa da sub-escala “uso de substâncias” foi .80 (consistência interna boa) e alfa da sub-escala “humor” foi .82 (consistência interna boa). A escala total apresentou um alfa de .86 (consistência interna boa).

## 7. Procedimentos estatísticos

Após a colheita de dados, estes foram lançados numa base de dados informática e processada pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences- versão 19.0).

O nível de significância estatístico adoptado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ). Todavia, a existência de valores de significância superiores a 5% e iguais ou inferiores a 10%, foram considerados marginalmente significativos ( $p \leq 0,10$ ).

A análise exploratória de dados incidiu sobre as frequências absoluta ( $n$ ) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e sobre a média ( $M$ ), o desvio-padrão ( $DP$ ) e os valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas. A dispersão, foi, ainda, apreciada pelo coeficiente de variação ( $CV$ ) [ $CV = (DP/M) * 100$ ]<sup>1</sup>.

O estudo da normalidade das distribuições, para as variáveis quantitativas, foi realizado pelo teste de Shapiro-Wilk ( $n < 50$ ). As variáveis com nível de significância igual ou inferior a 5% ( $p \leq 0,05$ ) foram consideradas com distribuição não-normal; as variáveis com nível de significância superior a 5% ( $p > 0,05$ ) foram consideradas com distribuição normal.

O Questionário de Saúde: 36-items Short-Form Healthy Survey (SF-36) é formado por 36 itens e 8 subescalas (Função Física, Desempenho Físico, Desempenho Emocional, Dor Física, Saúde em Geral, Vitalidade, Função Social e Saúde Mental). O questionário de *Coping* – Brief-Cope – é formado por 28 itens e 14 subescalas (*Coping* Activo, Planear, Utilizar Suporte Instrumental, Utilizar Suporte Emocional, Religião, Reinterpretação Positiva, Auto Culpabilização, Aceitação, Expressão de Sentimentos, Negação, Auto Distracção, Desinvestimento Comportamental, Uso Substâncias e Humor).

Nas variáveis quantitativas (subescalas do SF-36 e do Brief-Cope), a comparação entre dois grupos (em função da idade: até 55 anos e 56 e mais anos), foi efectuada pelo teste  $t$  de medidas independentes, sempre que nos dois grupos a variável em comparação apresentava distribuição normal, ou pelo teste  $U$  Mann-Whitney sempre que pelo menos um grupo apresentava distribuição não-normal na variável em comparação; a comparação entre três grupos (em função dos anos de internamento: 1-10 anos, 11-20 anos, 21 e mais anos), foi efectuada pela *one-way* ANOVA, sempre que em todos grupos a variável em comparação apresentava distribuição normal, ou pelo teste  $H$  Kruskal-Wallis sempre que pelo menos um grupo apresentava distribuição não-normal na variável em comparação.

<sup>1</sup>  $CV \leq 15 \Rightarrow$  fraca dispersão  
 $15 < CV \leq 30 \Rightarrow$  dispersão média  
 $CV > 30 \Rightarrow$  elevada dispersão

Nas situações em que as variáveis apresentavam distribuição normal, a homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene *statistics* (se  $p > 0,05$  as variâncias são homogêneas; se  $p < 0,05$  as variâncias são não-homogêneas).

O estudo da correlação foi efectuado pelo coeficiente de Pearson (variáveis com distribuição normal) ou de Spearman (variáveis com distribuição não-normal). A interpretação da magnitude da correlação foi efectuada pelo intervalo de correlação de Pestana & Gageiro (2005)<sup>2</sup>.

A verificação da existência de relações de dependência entre duas variáveis qualitativas (grupo etário *versus* opção de resposta em cada item dos questionários), foi efectuada pelo teste de independência do qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), por intermédio do procedimento de tabulação cruzada (*crosstabs*). O teste do qui-quadrado pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Ou seja, pretende-se que todas as células tenham frequência esperada superior a 1 e que 80% das células tenham frequência esperada superior a 5 unidades. Sempre que este pressuposto não foi garantido, analisou-se a relação entre as variáveis por recurso aos resíduos ajustados estandardizados, os quais informam sobre quais as células que têm comportamento significativamente diferente do esperado<sup>3</sup>. Assim, o teste do qui-quadrado para as células que violaram o pressuposto obteve-se pela soma do quadrado dos seus resíduos estandardizados. Nos casos em que não foi possível a aplicação rigorosa do teste, recorreu-se ao teste do qui-quadrado com simulação de Monte Carlo, com um nível de confiança de 99%.

Nas tabelas 2x2, na impossibilidade cumprimento dos pressupostos recorreu-se ao teste de Fisher (*Fisher's Exact Test*)

A consistência interna de cada questionário foi avaliada pelo  $\alpha$ -Cronbach<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Pestana & Gageiro (2005):

$\leq 0,19$  Muito Fraca  
 0,20 a 0,39 Fraca  
 0,40 a 0,69 Moderada  
 0,70 a 0,89 Forte  
 0,90 a 1,0 Muito Forte

<sup>3</sup> Para  $p = 0,05$ , quando estes resíduos se situam entre -1,96 e 1,96, o comportamento da célula é semelhante ao esperado, à média, e nada de novo há a relatar. Se os resíduos se situam abaixo de -1,96 significa que essa célula tem um comportamento significativamente inferior ao esperado, ou inferior à média; por sua vez, se os resíduos se situam acima de 1,96 significa que a célula tem um comportamento superior ao esperado, ou superior à média.

<sup>4</sup> Tabela de classificação do  $\alpha$ -Cronbach:

Muito Boa	$\alpha \geq 0,90$
Boa	$0,80 \leq \alpha < 0,90$
Razoável	$0,70 \leq \alpha < 0,80$
Fraca	$0,60 \leq \alpha < 0,70$
Inaceitável	$\alpha < 0,60$



## Capítulo 2. Apresentação dos Resultados

### 1.Caracterização sócio – demográfico da Amostra

Pelo Quadro 6, observa-se que em termos de *idade*, e a divisão em dois grupos – até 55 anos e 56 e mais anos – os grupos apresentam frequência equilibrada ( $n=19$ ; 51,4% vs  $n=18$ ; 48,6%).

Em termos de *estado civil*, a maior parte dos sujeitos encontra-se na situação conjugal de solteiro ( $n=31$ ; 83,8%); seguem-se os divorciados ( $n=5$ ; 13,5%) e apenas um casado.

Quanto às *habilitações literárias*, a maioria dos sujeitos possui o 4º ano de escolaridade ( $n=27$ ; 73%), seguindo-se aqueles que possuem o 6º ano ( $n=5$ ; 13,5%) e o 9º ano ( $n=4$ ; 10,8%). Apenas um sujeito possui o ensino superior.

Em relação à *profissão*, a totalidade da amostra está na situação de reformado por invalidez.

Quanto ao *número de internamentos*, a maioria dos sujeitos esteve internado menos de 5 vezes ( $n=26$ ; 70,3%)

No respeitante aos *anos de internamento*, a maior parte da amostra está institucionalizada há 21 e mais anos ( $n=17$ ; 45,9%), seguindo-se o intervalo 1 a 10 anos ( $n=15$ ; 40,5%) e por último, aqueles que estão internados entre 11 e 20 anos ( $n=5$ ; 13,5%).

**Quadro 6** – Características sócio-demográficos da Amostra (N=37)

	TOTAL (n=37)	
	N	%
<b>Grupos etários</b>		
até 55 anos	19	51,4
56 e mais anos	18	48,6
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	31	83,8
Casado	1	2,7
Divorciado	5	13,5
<b>Habilitações literárias</b>		
4ºano	27	73,0
6ºano	5	13,5
9ºano	4	10,8
Ensino Superior	1	2,7

**Quadro 6.** Características sócio-demográficos da Amostra (N=37) (cont.)**Profissão**

Reformado	37	100
-----------	----	-----

**Nº Internamentos**

1	7	18,9
2	8	21,6
3	6	16,2
4	3	8,1
5	2	5,4
7	2	5,4
10	1	2,7
11	3	8,1
12	1	2,7
13	1	2,7
16	1	2,7
20	2	5,4

**Anos de internamento**

1 a 10 anos	15	40,5
11 a 20 anos	5	13,5
21 e mais anos	17	45,9

**2. Avaliação da percepção de qualidade de vida na esquizofrenia (36-Items Short-Form Healthy Survey – SF-36)**

Na avaliação da qualidade de vida devem ser enfatizados os aspectos psicossociais em sujeitos com distúrbios psiquiátricos, pelo menos ao mesmo nível dos aspectos de natureza biológica, uma vez que estes factores poderão ser a chave para a melhoria do estado de saúde, da qualidade de vida e do bem-estar.

No presente estudo, a avaliação do estado de saúde foi realizada pelo questionário de saúde SF-36, cujo objectivo central é ajudar o clínico a obter uma informação sobre os itens e dimensões da qualidade saúde, possibilitando, entre outras, monitorizar a condição de saúde, sendo sensível às melhorias clínicas.

Assim, pelo Quadro 7a, verifica-se que em relação à auto-classificação da saúde (item 1), a maior parte dos sujeitos até 55 anos afirmou ser “razoável” ( $n=6$ ; 36,8%), ao passo que a

maior parte dos sujeitos com 56 e mais anos disse ser “boa” ( $n=8$ , 44,4%). Em termos globais (Quadro 7d), a maior parte dos sujeitos auto-avalia-se com “boa” saúde ( $n=14$ ; 37,8%).

Quando comparado com o estado de saúde de há um ano (item 2), actualmente o estado de saúde é considerado pela maioria dos sujeitos mais jovens “com algumas melhoras” ( $n=7$ , 36,8%) e pela maior parte dos sujeitos mais velhos ( $n=9$ , 50,0%) como “aproximadamente igual”. A totalidade da amostra afirmou, maioritariamente, ser “aproximadamente igual” ( $n=14$ ; 37,8%).

Em relação à limitação de saúde, imposta pelas actividades quotidianas, na generalidade das actividades (deslocar uma mesa, aspirar a casa, subir escadas, agachar-se, caminhar, tomar banho, vestir-se/despir-se) (itens 3), os dois grupos afirmaram maioritariamente sentirem-se “nada limitados”; o grupo até 55 anos, referiu apenas “um pouco limitado” na realização de actividades mais exigentes, como a corrida, o levantamento de pesos ou a participação em actividades desportivas extenuantes, ao passo que o grupo até 55 anos referiu, nesta questão, “muito limitado”. Esta situação verifica-se também no total da amostra (Quadro 7d).

Relativamente às dificuldades sentidas no último mês na realização de actividades diárias (Quadro 7b e Quadro 7d) (itens 4), devido a problemas relacionados com a saúde física, verifica-se que a maioria dos sujeitos de ambos os grupos afirmou não ter problemas.

Quanto aos problemas emocionais que possam ter interferido com a execução do trabalho diário (Quadro 7b e Quadro 7d) (itens 5), a maioria dos sujeitos de ambos os grupos afirmou não ter sentido este género de problemas.

A relação social estabelecida com os familiares, vizinhos, amigos e outras pessoas (Quadro 7b e Quadro 7d) (item 6), para a maioria dos sujeitos da amostra não foi “absolutamente nada” afectada.

Relativamente às dores sentidas nas últimas quatro semanas (Quadro 7b e Quadro 7d) (item 7), os sujeitos dos dois grupos referiram maioritariamente “nenhumas”. Quanto à interferência dessa dor na normalidade laboral (quer nas actividades domésticas quer no contexto profissional) (Quadro 7b e Quadro 7d) (item 8), a maior parte dos sujeitos de ambos os grupos referiu “absolutamente nada”.

Em relação ao modo como os sujeitos se sentiram e como lhe correram as “coisas” nas últimas quatro semanas (Quadro 7c e Quadro 7d) (itens 9), verifica-se que nos dois grupos, a maioria dos sujeitos respondeu “nunca” ao nível do estado nervoso, estado de depressão, sensação de tristeza, sensação de fadiga e cansaço extremo; Na opção de resposta “algum tempo”, o grupo até 55 anos apresenta registos ao nível da vitalidade ( $n=7$ ; 36,8%) (esta

variável também se verifica na opção “bastante tempo”), enquanto o grupo de 56 e mais anos apresenta registos na vitalidade ( $n=5$ ; 27,8%), sensação de calma e tranquilidade ( $n=5$ ; 27,8%) e sensação de felicidade ( $n=5$ , 27,8%); a opção “sempre” regista, no grupo mais jovem, a mais elevada frequência ao nível da sensação de calma e tranquilidade ( $n=10$ ; 52,6%), sentir-se com energia ( $n=9$ ; 47,4%) e sentir-se feliz ( $n=10$ ; 52,6%).

Na resposta à questão “... até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social” (item 10), verifica-se que nos dois grupos a maioria das respostas foi “nunca”.

Em relação às questões relacionadas com o estado de saúde e doença (itens 11), verifica-se que a maioria dos sujeitos dos dois grupos consideram ser “falso” o facto de parecer que adoece mais facilmente do que os outros e que a saúde vai piorar. A maioria dos sujeitos dos dois grupos considera ser “verdade” o facto de serem saudáveis como qualquer outra pessoa e que a saúde é óptima. Em todas as situações, os sujeitos de 56 e mais anos registam frequências relativas (%) mais elevadas.

Pelo teste do qui-quadrado, observa-se que apenas os itens 3j “tomar banho ou vestir-se sozinho” ( $p=0,034$ ) (Quadro 7a) e 9e “se sentiu com muita energia?” ( $p=0,012$ ), registam diferenças estatisticamente significativas, o que indicia a relação de dependência dos sujeitos dos dois grupos face à autonomia no banho e à sensação de energia; os itens 2 “comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado de saúde actual” ( $p=0,090$ ), 3a “actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos” ( $p=0,086$ ) e 9a “se sentiu cheio de vitalidade?” ( $p=0,071$ ), registam diferenças marginalmente significativas ( $p<0,10$ ), o que não torna totalmente clara a relação de dependência ou de independência entre os grupos. Nos restantes itens não existe relação estatística entre a faixa etária e a forma como vêm o seu estado de saúde.

**Quadro 7a** – Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de sujeitos em cada item e em cada uma das opções de resposta do Questionário de Saúde (SF-36). Teste do qui-quadrado (N=37)

Até 55 anos (n=19)										56 e mais anos (n=18)												
Ótima					Boa					Razoável					Fracamente boa							
n	%	N	%	n	N	%	n	%	n	N	%	n	%	n	N	%	n	%	n	N	%	p
Item 1	3	15,8	1	5,3	6	31,6	7	36,8	2	10,5	3	16,7	---	---	8	44,4	2	11,1	5	27,8	5,326	0,259
Com algumas melhoras					Aproximadamente igual					Com algumas melhoras					Aproximadamente igual							
Muito melhor					Muito pior					Muito melhor					Muito pior							
n	%	N	%	n	N	%	n	%	n	N	%	n	%	n	N	%	n	%	n	N	%	P
Item 2	6	31,6	7	36,8	5	26,3	---	---	1	5,3	2	11,1	3	16,7	9	50,0	1	5,6	3	16,7	7,721	0,090**
Sim, muito limitado					Sim, um pouco limitado					Sim, muito limitada					Não, nada limitada							
Não, nada limitado					Não, nada limitada					Sim, um pouco limitada					Não, nada limitada							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Item 3a	4	21,1	9	47,4	6	31,6	6	31,6	3	16,7	3	16,7	6	33,3	3	16,7	6	33,3	3	16,7	4,900	0,086**
Item 3b	3	15,8	3	15,8	13	68,4	13	68,4	4	22,2	4	22,2	9	50,0	4	22,2	9	50,0	4	22,2	1,344	0,592
Item 3c	3	15,8	2	10,5	14	73,7	14	73,7	2	11,1	2	11,1	9	50,0	2	11,1	9	50,0	2	11,1	2,662	0,260
Item 3d	1	5,3	3	15,8	15	78,9	15	78,9	4	22,2	4	22,2	10	55,6	4	22,2	10	55,6	4	22,2	2,918	0,257
Item 3e	1	5,3	3	15,8	15	78,9	15	78,9	4	22,2	4	22,2	12	66,7	2	11,1	12	66,7	2	11,1	2,308	0,448
Item 3f	2	10,5	3	15,8	14	73,7	14	73,7	3	16,7	5	27,8	10	55,6	3	16,7	10	55,6	3	16,7	1,341	0,547
Item 3g	2	10,5	4	21,1	13	68,4	13	68,4	2	11,1	6	33,3	10	55,6	2	11,1	10	55,6	2	11,1	0,765	0,784
Item 3h	2	10,5	3	15,8	14	73,7	14	73,7	4	22,2	4	22,2	10	55,6	4	22,2	10	55,6	4	22,2	1,450	0,504
Item 3i	---	---	3	15,8	16	84,2	16	84,2	1	5,6	6	33,3	11	61,1	6	33,3	11	61,1	6	33,3	2,901	0,183
Item 3j	2	10,5	---	---	17	89,5	17	89,5	---	---	4	22,2	14	77,8	4	22,2	14	77,8	4	22,2	6,268	0,034*

\* diferenças estatisticamente significativas (p<0,05)

\*\* diferenças marginalmente significativas (p<0,10)

\* diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ )\*\* diferenças marginalmente significativas ( $p < 0,10$ )

**Quadro 7b** – Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de sujeitos em cada item e em cada uma das opções de resposta do Questionário de Saúde (SF-36). Teste do qui-quadrado (N=37) (cont.)

	Sim				Não				NÃO				QUI-QUADRADO
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Item 4a	7	36,8	12	63,2	6	33,3	12	66,7	6	33,3	12	66,7	$\chi^2$ 0,050 0,823
Item 4b	7	36,8	12	63,2	5	27,8	13	72,2	5	27,8	13	72,2	0,347 0,556
Item 4c	3	15,8	16	84,2	6	33,3	12	66,7	6	33,3	12	66,7	1,546 0,211
Item 4d	7	36,8	12	63,2	6	33,3	12	66,7	6	33,3	12	66,7	0,050 0,823
Item 5 <sup>a</sup>	5	26,3	14	73,7	6	33,3	12	66,7	6	33,3	12	66,7	0,218 0,641
Item 5b	7	36,8	12	63,2	6	33,3	12	66,7	6	33,3	12	66,7	0,050 0,823
Item 5c	5	26,3	14	73,7	8	44,4	10	55,6	8	44,4	10	55,6	1,333 0,248
	Absol. Nada				Pouco				Moderadam				QUI-QUADRADO
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Item 6	11	57,9	2	10,5	5	26,3	3	15,8	4	22,2	3	16,7	5,559 0,262
	Nenhumas				Muito Fracas				Moderadas				QUI-QUADRADO
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Item 7	10	52,6	1	5,3	3	15,8	3	15,8	1	5,6	2	11,1	6,369 0,301
	Absol. Nada				Pouco				Moderadam				QUI-QUADRADO
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Item 8	11	57,9	3	15,8	2	10,5	1	5,3	1	5,6	2	11,1	3,809 0,563



**Quadro 7d** – Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de sujeitos do total da amostra em cada item e em cada uma das opções de resposta do Questionário de Saúde (SF-36) (N=37)

TODOS (n=37)										
	Ótima		Muito Boa		Boa		Razoável		Fraca	
	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%
Item 1	6	16,2	1	2,7	14	37,8	9	24,3	7	18,9
	Com algumas				Um pouco					
	Muito melhor		Melhoras		Aproximadamente igual		Pior		Muito pior	
	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%
Item 2	8	21,6	10	27,0	14	37,8	2	5,4	3	8,1
	Sim, muito limitado		Sim, um pouco limitado				Não, nada limitado			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Item 3ª	13	35,1			12	32,4			12	32,4
Item 3b	8	21,6			7	18,9			22	59,5
Item 3c	10	27,0			4	10,8			23	62,2
Item 3d	5	13,5			7	18,9			25	67,6
Item 3e	5	13,5			5	13,5			27	73,0
Item 3f	5	13,5			8	21,6			24	64,9
Item 3g	4	10,8			10	27,0			23	62,2
Item 3h	6	16,2			7	18,9			24	64,9
Item 3i	1	2,7			9	24,3			27	73,0
Item 3j	2	5,4			4	10,8			31	83,8
	Sim				Não					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Item 4ª	13	35,1			24	64,9				
Item 4b	12	32,4			25	67,6				
Item 4c	9	24,3			28	75,7				
Item 4d	13	35,1			24	64,9				
Item 5ª	11	29,7			26	70,3				
Item 5b	13	35,1			24	64,9				
Item 5c	13	35,1			24	64,9				
	Absol. Nada		Pouco		Moderadamente		Bastante		Imenso	
	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%
Item 6	17	45,9	4	10,8	9	24,3	3	8,1	4	10,8
	Nenhumas		Muito Fracas		Ligeiras		Moderadas		Fortes	



	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Item 7	23	62,2	2	5,4	4	10,8	4	10,8	2	5,4	2	5,4

	Absol. Nada		Pouco		Moderadamente		Bastante		Imenso	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Item 8	24	64,9	3	8,1	3	8,1	3	8,1	4	10,8

	Sempre		A maior parte do tempo		Bastante tempo		Algum tempo		Pouco tempo		Nunca	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Item 9 <sup>a</sup>	5	13,5	10	27,0	5	13,5	12	32,4	2	5,4	3	8,1
Item 9b	1	2,7	1	2,7	1	2,7	8	21,6	12	32,4	14	37,8
Item 9c	3	8,1	1	2,7	2	5,4	10	27,0	6	16,2	15	40,5
Item 9d	14	37,8	5	13,5	5	13,5	8	21,6	4	10,8	1	2,7
Item 9e	11	29,7	3	8,1	3	8,1	11	29,7	7	18,9	2	5,4
Item 9f	3	8,1	2	5,4	4	10,8	7	18,9	4	10,8	17	45,9
Item 9g	2	5,4	2	5,4	2	5,4	6	16,2	7	18,9	18	48,6
Item 9h	13	35,1	6	16,2	2	5,4	8	21,6	2	5,4	6	16,2
Item 9i	3	8,1	2	5,4	1	2,7	6	16,2	9	24,3	16	43,2

	Sempre		A maior parte do tempo		Algum tempo		Pouco tempo		Nunca	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Item 10	4	10,8	4	10,8	9	24,3	3	8,1	17	45,9

	Total. Verdade		Verdade		Não Sei		Falso		Totalmente Falso	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Item 11 <sup>a</sup>	2	5,4	5	13,5	7	18,9	19	51,4	4	10,8
Item 11b	7	18,9	15	40,5	7	18,9	8	21,6	---	---
Item 11c	1	2,7	5	13,5	10	27,0	16	43,2	5	13,5
Item 11d	8	21,6	13	35,1	8	21,6	7	18,9	1	2,7

### 3. Percepção da qualidade de vida em função da idade

Pelo Quadro 8, observa-se que por intermédio do teste de Shapiro-Wilk, as variáveis assinaladas com asterisco (\*), referentes às subescalas do SF-36, registam distribuição não-normal ( $p < 0,05$ ), pelo que estudo inferencial envolvendo estas variáveis será efectuado pelo recurso a estatísticas não-paramétricas.

**Quadro 8** – Estudo da normalidade das distribuições de cada subescala do SF-36, em função do estrato etário.

	Até 55 anos (n=19)		56 e mais anos (n=18)		TOTAL (n=37)	
	<i>Statistics</i>	<i>P</i>	<i>Statistics</i>	<i>p</i>	<i>Statistics</i>	<i>P</i>
<b>+ SF-36</b>						
- Função Física	0,825	0,003*	0,879	0,025*	0,849	<0,001*
- Desempenho Físico	0,878	0,020*	0,791	0,001*	0,833	<0,001*
- Desempenho Emocional	0,807	0,001*	0,688	<0,001*	0,755	<0,001*
- Dor Física	0,956	0,500	0,916	0,109	0,971	0,423
- Saúde em Geral	0,950	0,394	0,943	0,324	0,935	0,032*
- Vitalidade	0,879	0,021*	0,903	0,064	0,893	0,002*
- Função Social	0,726	<0,001*	0,743	<0,001*	0,740	<0,001*
- Saúde Mental	0,926	0,148	0,933	0,215	0,924	0,015*

\* distribuição não-normal ( $p < 0,05$ ).

Pela Quadro 9, relativa à análise descritiva (média e desvio-padrão) bem como à comparação entre sujeitos até 55 anos *vs* sujeitos com 56 e mais anos, quanto às subescalas do Questionário de Saúde (SF-36), mostra a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ), o que é revelador da homogeneidade da amostra, independentemente da faixa etária ao nível dos desempenhos físico, mental, social e emocional. Todavia, com base no coeficiente de variação, quando é feita a avaliação da dispersão dos sujeitos em cada subescala, ou seja, a avaliação do coeficiente de variação ( $CV = DP/M * 100$ ), observa-se que de uma forma geral existe uma elevada dispersão ( $CV > 30$ ), o que mostra a heterogeneidade no modo como os sujeitos avaliam o seu estado de saúde. Apenas na subescala vitalidade são registadas diferenças marginalmente significativas ( $p = 0,061$ ), dada classificação média mais elevada do grupo de idade mais avançada (19,43 *vs* 27,51).

Em termos médios, percebe-se que a amostra de sujeitos mais jovens revela uma qualidade de vida moderada-alta (60-79 pontos); no grupo de sujeitos de idade mais avançada, com excepção das subescalas saúde em geral, vitalidade e função social que se classificam na qualidade de vida moderada (50-59 pontos), nas restantes subescalas os valores médios situam-se no intervalo de qualidade de vida moderada-alta (60-79 pontos).

**Quadro 9** – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo e teste *t* de medidas independentes ou teste *U* Mann-Whitney na comparação entre sujeitos até 55 anos vs 56 e mais anos, relativamente às subescalas do Questionário de Saúde (SF-36) (N=37).

	Até 55 anos (n=19)						56 e mais anos (n=18)				Comparação	
	M	DP	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	t ou Z	p		
-Função Física	74,2 (10-100)	28,00 ♦	80,8 (25-100)	22,93 ⊥	21,00	67,2 (10-100)	31,68 ♦	16,89	-1,172	0,241		
-Desempenho Físico	68,2 (0-100)	33,15 ♦	68,4 (0-10)	29,86 ♦	18,55	68,1 (0-100)	37,19 ♦	19,47	-0,269	0,788		
-Dor Física	60,0 (0-90)	20,52 ♦	67,5 (0-100)	27,66 ♦	---	73,9 (12-90)	25,81 ♦	---	-0,729	0,471		
-Saúde em Geral	66,4 (15-95)	24,86 ♦	64,2 (30-95)	19,91 ♦	---	55,6 (15-80)	20,79 ♦	---	1,277	0,210		
-Vitalidade	67,6 (0-100)	29,97 ♦	74,5 (30-100)	19,43 ⊥	22,24	57,8 (0-95)	27,51 ♦	15,58	-1,875	0,061*		
-Função Social	66,7 (0-100)	40,83 ♦	76,3 (25-100)	22,78 ⊥	21,66	58,3 (0-100)	34,30 ♦	16,19	-1,565	0,118		
-Desempenho Emocional	70,6 (0-100)	26,61 ♦	70,2 (0-100)	39,90 ♦	20,08	63,0 (0-100)	42,61 ♦	17,86	-0,677	0,499		
-Saúde Mental	70,2 (20-100)	23,66 ♦	73,9 (20-100)	21,92 ⊥	---	66,2 (20-100)	25,38 ♦	---	0,986	0,331		

\*\* diferenças marginalmente significativas ( $p < 0,10$ )♦ baixa dispersão ( $CV \leq 15$ ); ⊥ média dispersão ( $15 < CV \leq 30$ );♦ elevada dispersão ( $CV > 30$ )

Pela Quadro 10, relativa à frequência absoluta ( $n$ ) e relativa (%) de sujeitos da amostra classificados em termos de qualidade de vida em cada uma das subescalas do Estado de Saúde, observa-se que, com exceção da subescala Saúde em Geral onde a maior parte dos sujeitos se classificam na qualidade de vida moderada-alta, nas restantes subescalas a maior concentração de sujeitos verifica-se na qualidade de vida elevada (80-100 pontos). Se considerarmos a soma da frequência absoluta de sujeitos classificados com qualidade de vida moderada-alta e elevada, então verificamos a presença da maior parte dos sujeitos (>60%), excepto na saúde em geral (>50%). Estes dados mostram que a maioria dos sujeitos da amostra realizam todos os tipos de actividade física sem limitações por razões de saúde, desempenham as actividades quotidianas sem grande dificuldade, não apresentam dores ou limitações impostas pelas dores, sentem-se enérgicos, realizam actividades sociais e diárias sem problemas físicos e/ou emocionais e sentem-se em paz, felizes e calmos.

Todavia, uma frequência de sujeitos, ainda que reduzida face ao total da amostra, revela o oposto do supramencionado, sendo que é nas subescalas desempenho emocional e função social que esta parcela da amostra apresenta maiores dificuldades, i.e., menor qualidade de vida.

**Quadro 10** – Frequência absoluta ( $n$ ) e relativa de sujeitos em cada estado da qualidade de vida ( $N=37$ ).

TOTAL ( $n=37$ )										
SF-36	QVR		QVMB		QVM		QVMA		QVE	
Subescalas	$N$	%	$N$	%	$N$	%	$n$	%	$n$	%
FF	5	13,5	2	5,4	2	5,4	7	18,9	21	56,8
DESF	6	16,2	---	---	8	21,6	9	24,3	14	37,8
DORF	6	16,2	3	8,1	1	2,7	5	13,5	22	59,5
SG	6	16,2	4	10,8	7	18,9	15	40,5	5	13,5
VIT	5	13,5	2	5,4	4	10,8	12	32,4	14	37,8
FS	8	21,6	---	---	6	16,2	9	24,3	14	37,8
DESE	11	29,7	---	---	---	---	7	18,9	19	51,4
SM	5	13,5	1	2,7	4	10,8	11	29,7	16	43,2

QVR - Qualidade de Vida Reduzida (0-39 pontos)  
 QVMB - Qualidade Vida Moderada-Baixa (40-49 pontos)  
 QVM - Qualidade Vida Moderada (50-59 pontos)  
 QVMA - Qualidade Vida Moderada-Alta (60-79 pontos)  
 QVE - Qualidade Vida Elevada (80-100 pontos)

FF - Função Física  
 DESF - Desempenho Físico  
 DORF - Dor Física  
 SG - Saúde em Geral  
 VIT - Vitalidade  
 FS - Função Social  
 DESE - Desempenho Emocional  
 SM - Saúde Mental

Na Quadro 11, relativa à matriz de correlações entre as dimensões do Questionário de Saúde (SF-36), observa-se que nos dois grupos, até 55 anos e 56 e mais anos, todas as correlações têm orientação positiva, o que significa que ao aumento de uma variável corresponde o aumento da outra, e que no grupo mais jovem não existem correlações de muito forte magnitude ( $r \geq 0,90$ ) e no grupo mais velho existe correlações moderadas ( $r \leq 0,19$ ). No grupo mais jovem cerca de 46% e no grupo mais velho cerca de 61% das correlações apresentam significado estatístico, o que significa que a probabilidade de ocorrerem na população, em idêntica magnitude é muito elevada.

No grupo dos sujeitos até 55 anos de idade, as correlações de muito fraca magnitude verificam-se entre o desempenho físico vs saúde mental ( $r=0,10$ ), dor física/corporal vs saúde mental ( $r=0,13$ ), desempenho físico vs saúde em geral ( $r=0,14$ ) e desempenho emocional vs saúde mental ( $r=0,17$ ); opostamente, as correlações fortes verificam-se entre saúde em geral vs saúde mental ( $r=0,80$ ) e função física vs função social ( $r=0,70$ ).

No grupo de sujeitos com 56 e mais anos, as correlações mais fracas verificam-se entre dor física/corporal vs desempenho emocional ( $r=0,27$ ), dor física/corporal vs função social ( $r=0,27$ ) e função física vs função social ( $r=0,28$ ); opostamente, as mais elevadas correlações verificam-se entre as subescalas vitalidade vs saúde mental ( $r=0,95$ ), saúde em geral vs vitalidade ( $r=0,75$ ) e função física vs saúde em geral ( $r=0,72$ ).

**Quadro 11** – Matriz de correlações entre as dimensões do Questionário de Saúde (36-SF), por Grupo Etário.

	FF	DESF	DESE	DORF	SG	VIT	FS	SM
FF	---	0,39	0,30	0,50*	0,60**	0,48*	0,70**	0,44
DESF	0,54*	---	0,57*	0,43	0,14	0,46*	0,63**	0,10
DESE	0,34	0,68**	---	0,35	0,37	0,33	0,55*	0,17
DORF	0,32	0,63**	0,27	---	0,29	0,36	0,57*	0,13
SG	0,72**	0,50*	0,33	0,63**	---	0,52*	0,46	0,80**
VIT	0,50*	0,57*	0,63**	0,52*	0,75**	---	0,46*	0,54*
FS	0,28	0,43	0,65**	0,27	0,33	0,48*	---	0,21
SM	0,42	0,58*	0,66**	0,46	0,65**	0,95**	0,39	---

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

	Correlações sujeitos até 55 anos
	Correlações sujeitos 56 e mais anos

Quando a amostra é considerada na sua globalidade (Quadro 12), constata-se que todas as correlações têm orientação positiva, o que significa que ao aumento de uma variável corresponde o aumento da outra; cerca de 86% das correlações apresentam significado estatístico, o que significa que existe uma forte probabilidade da magnitude destes resultados, obtidos com uma amostra, ocorrerem na população. Todas as correlações com a subescala vitalidade registam significado estatístico. Em termos globais, não se observa a presença de correlações nem de muito fraca magnitude ( $r \leq 0,19$ ) nem de muito forte magnitude ( $r \geq 0,90$ ) e que predominam as correlações moderadas ( $0,40 \leq r \leq 0,69$ ), ainda que não seja desprezível a quantidade de correlações de fraca magnitude ( $0,20 \leq r \leq 0,39$ ). Apenas as correlações entre as subescalas saúde em geral vs saúde mental ( $r=0,72$ ) e vitalidade vs saúde mental ( $r=0,74$ ) são de forte magnitude.

**Quadro 12** – Matriz de correlações entre as dimensões do Questionário de Saúde (36-SF), para o Total da Amostra.

	FF	DESF	DESE	DORF	SG	VIT	FS	SM
FF	---	0,47**	0,35*	0,37*	0,66**	0,51**	0,49**	0,46**
DESF		---	0,62**	0,55**	0,31	0,50**	0,51**	0,33*
DESE			---	0,30	0,36*	0,48**	0,60**	0,41*
DORF				---	0,41*	0,37*	0,37*	0,29
SG					---	0,65**	0,39*	0,72**
VIT						---	0,45**	0,74**
FS							---	0,30
SM								---

\*  $p < 0,05$     \*\*  $p < 0,01$

FF – Função Física

DESF – Desempenho Físico

DESE – Desempenho Emocional

DORF – Dor Física

SG – Saúde em Geral

VIT – Vitalidade

FS – Função Social

SM – Saúde Mental

#### 4. Questionário de *coping* ( Brief-Cope) em relação à idade

A avaliação do *coping* enquanto processo cognitivo que os sujeitos utilizam para lidar com situações de *stress*, inclui, entre outros, os esforços realizados para gerir situações de conflitos da vida quotidiana. Ou seja, definem-se como estratégias cognitivas ou comportamentais que as pessoas utilizam diante de situações de conflito emergente, mas que procuram o controlo da situação que esteve na base do *stress*. Os 28 itens do Brif-Cope procuram avaliar a saúde e a adaptabilidade social, procurando, assim, despistar situações de manifesto *coping*, através de uma escala de avaliação que varia entre “nunca faço isto” até “faço sempre isto”.

Assim, pela Quadro 14a e 14b verifica-se que nos dois grupos e no total da amostra, a maior frequência (absoluta e relativa) de respostas está concentrada nas opções “nunca faço isto”, “por vezes faço isto” e “faço sempre isto”. A opção de resposta com mais reduzida frequência, é “muitas vezes faço isto”.

Considerando os itens do Brief-Cope, as mais elevadas frequências em cada uma das opções de resposta, foram as seguintes para cada grupo (Quadro 13).

**Quadro 13** – Itens de mais elevada frequência relativa em cada grupo amostral e no total da amostra, por opção de resposta.

	Até 55 anos	56 e mais anos	TOTAL
<b>Nunca faço isto</b>	. Item 25: 84,2%	. Item 25: 88,9%	. Item 25: 86,5%
	. Item 26: 78,9%	. Item 26: 83,3%	. Item 26: 81,1%
	. Item 24: 57,9%	. Item 28: 55,6%	. Item 27: 45,9%
	. Itens 13,14: 52,6%	. Item: 27: 50,0%	
<b>Por vezes faço isto</b>	. Item 7: 47,4%	. Itens 3,12: 50,0%	. Item 12: 45,9%
	. Itens 5,6,12: 42,1%	. Itens 1,20,21: 44,4%	. Item 3: 43,2%
<b>Muitas vezes faço isto</b>	. Itens 2,8,22: 36,8%	. Itens 9,22: 33,3%	. Item 22: 35,1%
			. Itens 2,8,9: 29,7%
<b>Faço sempre isto</b>	. Item 10: 57,9%	. Item 16: 66,7%	. Item 16: 54,1%
	. Item 4: 47,4%	. Item 15: 55,6%	. Item 10: 51,4%
	. Item 16: 42,1%	. Item 7: 50,0%	. Item 15: 45,9%
		. Item 10: 44,4%	. Itens 4,7: 43,2%

O teste do qui-quadrado mostra a existência de significância estatística ( $p < 0,05$ ), apenas no item 24 “simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo” ( $p = 0,031$ ), revelador da existência de relação estatística de dependência significativa entre a idade e os comportamento expresso neste item.

Nos restantes itens, verifica-se a inexistência de significado estatístico ( $p > 0,05$ ) entre os grupos da amostra, o que mostra a inexistência de relações estatísticas entre a idade e o modo como os sujeitos lidam com as situações de *stresse*.



**Quadro 14a** – Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de sujeitos de ambos os grupos em cada item e em cada uma das opções de resposta ao Questionário Brief-Cope (N=37).

BRIEF-COPE	Até 55 anos										56 e mais anos										Qui-Quadrado	
	NFI					PVFI					MVFI					FSI						
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	$\chi^2$
1. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.	4	21,1	6	31,6	5	26,3	4	21,1			3	16,7	8	44,4	3	16,7	4	22,2			0,902	0,884
2. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação.	2	10,5	4	21,1	7	36,8	6	31,6			1	5,6	7	38,9	4	22,2	6	33,3			1,994	0,584
3. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.	---	---	7	36,8	6	31,6	6	31,6			---	---	9	50,0	4	22,2	5	27,8			0,714	0,700
4. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.	1	5,3	6	31,6	3	15,8	9	47,4			2	11,1	4	22,2	5	27,8	7	38,9			1,457	0,703
5. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.	5	26,3	8	42,1	3	15,8	3	15,8			4	22,2	3	16,7	4	22,2	7	38,9			4,103	0,285
6. Peço conselho e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.	3	15,8	8	42,1	5	26,3	3	15,8			3	16,7	5	27,8	5	27,8	5	27,8			1,166	0,774
7. Procuo apoio emocional de alguém.	2	10,5	9	47,4	1	5,3	7	36,8			3	16,7	5	27,8	1	5,6	9	50,0			1,567	0,760
8. Procuo o conforto e compreensão de alguém.	3	15,8	5	26,3	7	36,8	4	21,1			3	16,7	5	27,8	4	22,2	6	33,3			1,192	0,755
9. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	3	15,8	5	26,3	5	26,3	6	31,6			---	---	6	33,3	6	33,3	6	33,3			3,157	0,436
10. Rezo ou medito.	3	15,8	2	10,5	3	15,8	11	57,9			1	5,6	5	27,8	4	22,2	8	44,4			2,877	0,403
11. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torna-la mais positiva.	3	15,8	6	31,6	5	26,3	5	26,3			2	11,1	8	44,4	3	16,7	5	27,8			0,959	0,830
12. Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer.	3	15,8	8	42,1	3	15,8	5	26,3			2	11,1	9	50,0	2	11,1	5	27,8			0,432	1,000
13. Faço críticas a min própria.	10	52,6	3	15,8	4	21,1	2	10,5			6	33,3	5	27,8	2	11,1	5	27,8			3,428	0,358
14. Culpo-me pelo que está a acontecer.	10	52,6	6	31,6	---	---	3	15,8			6	33,3	5	27,8	1	5,6	6	33,3			3,066	0,345
15. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.	4	21,1	5	26,3	3	15,8	7	36,8			1	5,6	6	33,3	1	5,6	10	55,6			3,396	0,370
16. Tento aprender a viver com a situação.	1	5,3	6	31,6	4	21,1	8	42,1			1	5,6	4	22,2	1	5,6	12	66,7			2,975	0,429
17. Fico aborrecida e expresso os meus sentimentos.	9	47,4	3	15,8	4	21,1	3	15,8			4	22,2	5	27,8	4	22,2	5	27,8			2,898	0,463
18. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.	9	47,4	4	21,1	3	15,8	3	15,8			5	27,8	5	27,8	3	16,7	5	27,8			1,728	0,639

Avaliação da qualidade de vida e estilos de coping na Esquizofrenia

2012

19. Tenho dito para mim própria: isto não é verdade.	6	31,6	6	31,6	4	21,1	3	15,8	6	33,3	7	38,9	1	5,6	4	22,2	1,994	0,628
20. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo.	5	26,3	5	26,3	4	21,1	5	26,3	2	11,1	8	44,4	2	11,1	6	33,3	2,711	0,482
21. Refugio-me noutras actividades para me distrair da situação.	5	26,3	3	15,8	4	21,1	7	36,8	3	16,7	8	44,4	1	5,6	6	33,3	4,626	0,203
22. Faço outras coisas para pensar menos na situação.	5	26,3	2	10,5	7	36,8	5	26,3	4	22,2	6	33,3	6	33,3	2	11,1	3,449	0,374
23. Desisto de me esforçar para obter o que quero.	8	42,1	5	26,3	---	---	6	31,6	7	38,9	7	38,9	2	11,1	2	11,1	4,376	0,232
24. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo.	11	57,9	4	21,1	---	---	4	21,1	3	16,7	7	38,9	3	16,7	5	27,8	8,840	0,031*
25. Refugio-me no álcool e noutras drogas para me sentir melhor.	16	84,2	1	5,3	---	---	2	10,5	16	88,9	---	---	---	---	2	11,1	0,974	1,000
26. Uso álcool e outras drogas para me ajudar a ultrapassar os problemas.	15	78,9	2	10,5	---	---	2	10,5	15	83,3	---	---	1	5,6	2	11,1	2,975	0,539
27. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.	8	42,1	5	26,3	2	10,5	4	21,1	9	50,0	3	16,7	1	5,6	5	27,8	0,977	0,861
28. Enfrento a situação com sentido de humor.	5	26,3	5	26,3	4	21,1	5	26,3	10	55,6	3	16,7	---	---	5	27,8	6,144	0,119

NFI – nunca faço isto      PVFI – por vezes faço isto      MVFI – muitas vezes faço isto      FSI – faço sempre isto

**Quadro 14b – Frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos do Total da Amostra em cada item e em cada uma das opções de resposta ao Questionário Brief-Cope (N=37)**

BRIEF-COPE	Nunca faço isto			Por vezes faço isto			Muitas vezes faço isto			Faço sempre isto		
	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n
1. Concentro os esforços para fazer alguma coisa que permita enfrentar a situação.	7	18,9	14	37,8	8	21,6	8	21,6	8	21,6		
2. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação.	3	8,1	11	29,7	11	29,7	12	32,4	12	32,4		
3. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.	---	---	16	43,2	10	27,0	11	29,7	11	29,7		
4. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.	3	8,1	10	27,0	8	21,6	16	43,2	16	43,2		
5. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.	9	24,3	11	29,7	7	18,9	10	27,0	10	27,0		
6. Peço conselho e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.	6	16,2	13	35,1	10	27,0	8	21,6	8	21,6		
7. Procuro apoio emocional de alguém.	5	13,5	14	37,8	2	5,4	16	43,2	16	43,2		
8. Procuro o conforto e compreensão de alguém.	6	16,2	10	27,0	11	29,7	10	27,0	10	27,0		
9. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	3	8,1	11	29,7	11	29,7	12	32,4	12	32,4		
10. Rezo ou medito.	4	10,8	7	18,9	7	18,9	19	51,4	19	51,4		
11. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torna-la mais positiva.	5	13,5	14	37,8	8	21,6	10	27,0	10	27,0		
12. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer.	5	13,5	17	45,9	5	13,5	10	27,0	10	27,0		
13. Faço críticas a mim própria.	16	43,2	8	21,6	6	16,2	7	18,9	7	18,9		
14. Culpo-me pelo que está a acontecer.	16	43,2	11	29,7	1	2,7	9	24,3	9	24,3		
15. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.	5	13,5	11	29,7	4	10,8	17	45,9	17	45,9		
16. Tento aprender a viver com a situação.	2	5,4	10	27,0	5	13,5	20	54,1	20	54,1		
17. Fico aborrecida e expresso os meus sentimentos.	13	35,1	8	21,6	8	21,6	8	21,6	8	21,6		
18. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.	14	37,8	9	24,3	6	16,2	8	21,6	8	21,6		
19. Tenho dito para mim própria: isto não é verdade.	12	32,4	13	35,1	5	13,5	7	18,9	7	18,9		
20. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo.	7	18,9	13	35,1	6	16,2	11	29,7	11	29,7		

21. Refugio-me noutras actividades para me distrair da situação.	8	21,6	11	29,7	5	13,5	13	35,1
22. Faço outras coisas para pensar menos na situação.	9	24,3	8	21,6	13	35,1	7	18,9
23. Desisto de me esforçar para obter o que quero.	15	40,5	12	32,4	2	5,4	8	21,6
24. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo.	14	37,8	11	29,7	3	8,1	9	24,3
25. Refugio-me no álcool e noutras drogas para me sentir melhor.	32	86,5	1	2,7	---	---	4	10,8
26. Uso álcool e outras drogas para me ajudar a ultrapassar os problemas.	30	81,1	2	5,4	1	2,7	4	10,8
27. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.	17	45,9	8	21,6	3	8,1	9	24,3
28. Enfrento a situação com sentido de humor.	15	40,5	8	21,6	4	10,8	10	27,0

## 5. Resultados do Brief- Cope em relação à idade

Pelo Quadro 15, observa-se que as variáveis assinaladas com asterisco (\*), referentes ao Brief-Cope, registam distribuição não-normal ( $p < 0,05$ ), pelo que estudo inferencial envolvendo estas variáveis será efectuado pelo recurso a estatísticas não-paramétricas.

**Quadro 15** – Estudo da normalidade das distribuições de cada subescala do Brief-Cope, em função do estrato etário (N=37)

	Até 55 anos (n=19)		56 e mais anos (n=18)		TOTAL (n=37)	
	<i>Statistics</i>	<i>P</i>	<i>Statistics</i>	<i>p</i>	<i>Statistics</i>	<i>P</i>
Brief-Cope (TOTAL)	0,975	0,868	0,972	0,837	0,985	0,880
<i>Coping</i> Activo	0,957	0,516	0,938	0,263	0,950	0,097
Planear	0,922	0,125	0,893	0,043*	0,904	0,004*
Utiliz. Suporte Instr.	0,918	0,102	0,888	0,036*	0,920	0,011*
Util. Sup. Emocional	0,911	0,078	0,855	0,010*	0,910	0,006*
Religião	0,890	0,032*	0,851	0,009*	0,900	0,003*
Reinterpr. Positiva	0,919	0,108	0,875	0,021*	0,898	0,003*
Auto Culpabilização	0,869	0,014*	0,843	0,007*	0,869	<0,001*
Aceitação	0,904	0,058	0,751	<0,001*	0,842	<0,001*
Expr. Sentimentos	0,820	0,002*	0,899	0,055	0,862	<0,001*
Negação	0,927	0,155	0,883	0,029*	0,931	0,024*
Auto Distracção	0,928	0,157	0,942	0,309	0,937	0,038*
Desinv. Comport.	0,789	0,001*	0,917	0,112	0,857	<0,001*
Uso Substâncias	0,573	<0,001*	0,447	<0,001*	0,503	<0,001*
Humor	0,868	0,013*	0,780	0,001*	0,830	<0,001*
<i>Coping</i> Centrado Emoções	0,935	0,212	0,961	0,613	0,952	0,114
<i>Coping</i> Centrado Problema	0,946	0,332	0,960	0,606	0,949	0,092
<i>Coping</i> Disfuncional	0,972	0,818	0,944	0,338	0,965	0,280

\* distribuição não-normal ( $p < 0,05$ ).

Através do Quadro 16, observa-se que em termos médios, em cada grupo, as subescalas de valor mais elevado são: Grupo até 55 anos: planear, religião, aceitação, *coping* activo, utilizar de suporte emocional e auto-distracção; Grupo 56 e mais anos: aceitação, religião, planear, utilizar suporte emocional e o total: religião, aceitação, planear, utilizar suporte emocional, *coping* activo.

No presente estudo, a codificação/pontuação atribuída a cada opção de resposta foi a seguinte: 1-nunca faço isto, 2-por vezes faço isto, 3-muitas vezes faço isto, 4-faço sempre isto. Assim, percebe-se que a maior parte das subescalas se situa, em termos médios, entre as subescalas «por vezes faço isto» e «muitas vezes faço isto». A dispersão dos sujeitos é, genericamente, elevada para as subescalas de todos os grupos, mas de média dispersão para o total do Brief-Cope nos grupos e no total da amostra.

Segundo Ribeiro e Rodrigues (2004), quanto maior for a nota obtida maior é o uso de determinada estratégia de *coping*. Assim, podemos afirmar que as subescalas uso de substâncias (em todos os grupos) e auto-culpabilização (grupo até 55 anos), revelam que os sujeitos possuem uma muito reduzida estratégia de *coping*. Nestes casos, parece haver uma tendência para o uso do álcool e/ou substâncias medicamentosas, para além de revelarem-se críticos de si mesmos pelo que aconteceu; nas subescalas auto-culpabilização (total da amostra), expressão de sentimentos (até 55 anos e total da amostra), negação (até 55 anos), desinvestimento comportamental e humor (todos os grupos) e utilizar suporte instrumental (até 55 anos), revelam níveis moderados de estratégia de *coping*; por sua vez, o planejar, religião e aceitação (em todos os grupos), utilizar suporte emocional (56 e mais anos), revelam níveis mais elevados de estratégias de *coping*. Nestes casos, os sujeitos indiciam sobriedade nos actos de pensar e planejar sobre o modo de enfrentar situações de *stress*, ao mesmo tempo que revelam consideráveis aumentos de participação em actividades religiosas e aceitam facilmente o facto de que o evento stressante ocorreu e é real.

Quando se comparam os grupos, até 55 anos vs 56 e mais anos, a proximidade dos valores médios (variáveis com distribuição normal) ou dos *mean ranks* (variáveis com distribuição não-normal), verifica-se a independência dos mesmos face a todas as subescalas do Brief-Cope, i.e., não existe relação estatística entre a faixa etária e cada uma das dimensões avaliadas ( $p>0,05$ ).

**Quadro 16** – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo e teste *t* de medidas independentes ou teste *U* Mann-Whitney na comparação entre sujeitos até 55 anos vs 56 e mais anos, relativamente às subescalas e valor total do Brief-Cope. (N=37)

	Até 55 anos (n=19)					56 e mais anos (n=18)					Comparação	
	M	DP	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	t ou Z	p		
Brief-Cope (TOTAL)	68,8 (40-100)	13,96⊥	67,2 (43-100)	14,05⊥	---	70,6 (40-94)	14,06⊥	---	-0,724	0,474		
Coping Activo	2,7 (1-4)	0,79⊥	2,7 (1-4)	0,84♦	---	2,6 (1-4)	0,76⊥	---	0,172	0,865		
Planear	2,9 (1,5-4)	0,79⊥	3,0 (1,5-4)	0,73⊥	19,95	2,9 (1,5-4)	0,87♦	18,00	-0,563	0,574		
Utiliz. Suporte Instr.	2,5 (1-4)	1,00♦	2,3 (1-4)	0,92♦	16,87	2,7 (1-4)	1,07♦	21,25	-1,246	0,213		
Util. Sup. Emocional	2,7 (1-4)	0,98♦	2,7 (1,5-4)	0,83♦	18,11	2,8 (1-4)	1,14♦	19,94	-0,525	0,600		
Religião	3,0 (1-4)	0,86♦	2,9 (1-4)	0,94♦	18,76	3,0 (2-4)	0,79♦	19,25	-0,140	0,889		
Reinterpr. Positiva	2,6 (1-4)	0,96♦	2,6 (1-4)	0,96♦	19,24	2,6 (1-4)	0,99♦	18,75	-0,140	0,888		
Auto Culpabilização	2,1 (1-4)	1,03♦	1,8 (1-3,5)	0,80♦	17,03	2,4 (1-4)	1,20♦	21,08	-1,168	0,243		
Aceitação	3,0 (1-4)	1,00♦	2,8 (1-4)	0,97♦	16,53	3,2 (1-4)	1,02♦	21,61	-1,478	0,139		
Expr. Sentimentos	2,3 (1-4)	1,12♦	2,0 (1-4)	1,12♦	16,63	2,5 (1-4)	1,10♦	21,50	-1,398	0,162		
Negação	2,4	0,90♦	2,3	0,94♦	18,97	2,4	0,88♦	19,03	-0,015	0,988		

	(1-4)	(1-4)	(1-4)	(1-4)	(1-4)	(1-4)	(1-4)
Auto Distração	2,6 (1-4)	0,91♦	2,7 (1-4)	0,99♦	---	2,4 (1-4)	0,84♦
Desinv. Comport.	2,1 (1-4)	1,05♦	2,0 (1-4)	1,16♦	17,29	2,3 (1-4)	0,94♦
Uso Substâncias	1,4 (1-4)	0,88♦	1,4 (1-4)	0,81♦	19,71	1,4 (1-4)	0,98♦
Humor	2,2 (1-4)	1,15♦	2,3 (1-4)	1,12♦	20,37	2,1 (1-4)	1,20♦
Coping Centrado Emoções	12,8 (6-20)	3,99♦	12,1 (6-20)	3,73♦	---	13,5 (6-20)	4,23♦
Coping Centrado Problema	8,2 (4-12)	1,93⊥	8,3 (4-12)	2,06⊥	---	8,1 (4-12)	1,83⊥
Coping Disfuncional	16,0 (8-24)	3,97⊥	15,6 (8-24)	3,90⊥	---	16,4 (10-24)	4,10⊥

♦ baixa dispersão (CV ≤ 15); ⊥ média dispersão (15 &lt; CV ≤ 30); ♦ elevada dispersão (CV &gt; 30)



Pelo Quadro 19 (Anexo V), relativo à matriz de correlação entre as subescalas do Brief-Cope, observa-se que, em termos gerais, no grupo 56 e mais anos predominam as correlações de muito fraca magnitude ( $r \leq 0,19$ ) (cerca de 48% do total de correlações) e no grupo até 55 anos e no total da amostra predominam as correlações de fraca magnitude ( $0,20 \leq r \leq 0,39$ ) (cerca de 38% e 48%, respectivamente). A frequência mais elevada de correlações do tipo moderada ( $0,40 \leq r \leq 0,69$ ) (cerca de 31%) verifica-se no grupo até 55 anos. No total da amostra não existem nem correlações fortes ( $0,70 \leq r \leq 0,89$ ) nem muito fortes ( $r \geq 0,90$ ). Apenas o grupo 56 e mais anos regista uma correlação muito forte entre a auto-culpabilização vs utilizar suporte emocional ( $r=0,91$ ). Em todos os grupos predominam as correlações com orientação positiva (respectivamente, 84% para o grupo até 55 anos, 75% para o grupo 56 e mais anos e 78% para o total da amostra). De todos, o grupo 56 e mais anos é o que regista uma mais elevada frequência de correlações orientadas negativamente (cerca de 25% do total de correlações). As correlações de mais elevada magnitude têm, todas, orientação positiva. Quanto ao significado estatístico das correlações, é no total da amostra que tal se verifica em maior frequência.

De um modo mais específico, as correlações mais importantes (de mais elevada magnitude e estatisticamente significativas) em cada grupo observam-se entre as seguintes subescalas através do Quadro 17.

**Quadro 17.** Correlações em cada subgrupo

Sujeitos até 55 anos:	Sujeitos 56 e mais anos	TOTAL da amostra
Utilizar suporte instrumental vs utilizar suporte emocional ( $r=0,71$ ); Planear vs utilizar suporte emocional ( $r=0,69$ ); Coping activo vs planear ( $r=0,64$ ); Auto-culpabilização vs utilizar suporte instrumental ( $r=0,62$ ); Utilizar suporte emocional vs coping activo ( $r=0,61$ ); Negação vs auto-culpabilização ( $r=0,61$ ).	Auto-culpabilização vs utilizar suporte emocional ( $r=0,91$ ); Reinterpretação positiva vs utilizar suporte emocional ( $r=0,80$ ); Auto-culpabilização vs reinterpretação positiva ( $r=0,80$ ); Planear vs aceitação ( $r=0,68$ ); Negação vs utilizar suporte emocional ( $r=0,68$ ); Reinterpretação positiva vs negação ( $r=0,67$ ); Utilizar suporte instrumental vs utilizar suporte emocional ( $r=0,66$ ).	Reinterpretação positiva vs utilizar suporte emocional ( $r=0,68$ ); Auto-culpabilização vs utilizar suporte emocional ( $r=0,68$ ); Utilizar suporte instrumental vs utilizar suporte emocional ( $r=0,66$ ); Planear vs aceitação ( $r=0,60$ ).

Em termos de orientação negativa, as correlações mais expressivas registam-se entre as seguintes subescalas através do Quadro 18.

**Quadro 18.** Correlações mais expressivas em cada subescala

Sujeitos até 55 anos	Sujeitos 56 e mais anos	TOTAL da amostra
Uso de substâncias vs reinterpretação positiva ( $r=-0,57^*$ ); Uso de substâncias vs coping activo ( $r=-0,46$ ); Humor vs Expressão de sentimentos ( $r=-0,37$ ); Humor vs Uso de substâncias ( $r=-0,31$ ).	Auto-distração vs uso de substâncias ( $r=-0,48^*$ ); Religião vs desinvestimento comportamental ( $r=-0,27$ ).	Uso de substâncias vs auto-distração ( $r=-0,35$ ); Humor vs uso de substâncias ( $r=-0,26$ ); Humor vs expressão de sentimentos ( $r=-0,23$ ); Uso de substâncias vs religião ( $r=-0,23$ ).

## 6. Estudo da amostra em função dos anos de internamento

Pelo Quadro 21, observa-se que as variáveis assinaladas com asterisco (\*), referentes ao SF-36 e ao Brief-Cope, por anos de internamento, registam distribuição não-normal ( $p < 0,05$ ), pelo que estudo inferencial envolvendo estas variáveis será efectuado pelo recurso a estatísticas não-paramétricas.

**Quadro 21** – Estudo da normalidade das distribuições do SF-36 e do Brief-Cope em função dos anos de internamento (N=37)

	1-10 anos (n=15)		11-20 anos (n=5)		21 e + anos (n=17)	
	<i>Statistics</i>	<i>P</i>	<i>Statistics</i>	<i>p</i>	<i>Statistics</i>	<i>P</i>
<b>+SF-36</b>						
Função Física	0,910	0,137	0,806	0,090	0,790	0,001*
Desempenho Físico	0,822	0,007*	0,852	0,201	0,823	0,004*
Dor Física	0,810	0,005*	0,767	0,043*	0,696	<0,001*
Saúde em Geral	0,991	1,000	0,935	0,631	0,902	0,075
Vitalidade	0,942	0,404	0,980	0,932	0,911	0,103
Função Social	0,916	0,165	0,773	0,051	0,909	0,096
Desempenho Emocional	0,761	0,001*	0,902	0,421	0,700	<0,001*
Saúde Mental	0,933	0,300	0,949	0,730	0,921	0,153
<b>+ Brief-Cope</b>						
Brief-Cope (TOTAL)	0,978	0,956	0,923	0,547	0,953	0,511
Coping Activo	0,933	0,299	0,961	0,814	0,941	0,335
Planear	0,911	0,140	0,771	0,051	0,887	0,051
Utilizar Suporte Instrum.	0,880	0,057	0,987	0,967	0,906	0,086
Util. Suporte Emocional	0,820	0,007*	0,961	0,814	0,929	0,212
Religião	0,845	0,015*	0,753	0,032*	0,855	0,013*
Reinterpretação Positiva	0,864	0,028*	0,859	0,223	0,925	0,177
Auto Culpabilização	0,914	0,154	0,833	0,146	0,799	0,002*
Aceitação	0,802	0,004*	0,817	0,111	0,849	0,010*

Expressão de Sentimentos	0,851	0,018*	0,833	0,146	0,834	0,006*
Negação	0,959	0,670	0,963	0,826	0,897	0,059
Auto Distracção	0,953	0,581	0,859	0,223	0,915	0,120
Desinvestimento Comport.	0,830	0,009*	0,894	0,377	0,866	0,019*
Uso Substâncias	0,644	<0,001*	0,735	0,021*	0,262	<0,001*
Humor	0,852	0,018*	0,701	0,010*	0,837	0,007*
<i>Coping</i> Centrado Emoções	0,904	0,109	0,881	0,314	0,871	0,023*
<i>Coping</i> Centrado Problema	0,956	0,615	0,552	<0,001*	0,954	0,529
<i>Coping</i> Disfuncional	0,940	0,381	0,967	0,857	0,875	0,026*

\* distribuição não-normal ( $p < 0,05$ ).

Pelo Quadro 22, relativa à comparação entre sujeitos com diferentes anos de internamento, quanto às subescalas do SF-36 e do Brief-Cope, observa-se que apenas ao nível da utilização de suporte instrumental e utilização de suporte emocional estão registadas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,016$  e  $p=0,013$ , respectivamente). Ao nível do suporte instrumental, o recurso ao *post-hoc* de Bonferroni mostrou que tal significado estatístico é devido à comparação entre os grupos 1-10 anos vs 21 e mais anos ( $p=0,028$ ), motivado pelo valor médio mais elevado do grupo com menos anos de internamento; ao passo que ao nível do suporte emocional as diferenças ocorrem entre os grupos 1-10 anos vs 11-20 anos ( $p=0,019$ ), motivado pela classificação média mais elevada do grupo com menos anos de internamento, e 11-20 anos vs 21 e mais anos ( $p=0,010$ ), devido à classificação média mais elevada dos sujeitos com mais anos de internamento.

No Brief-Cope são ainda observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente ao *coping* centrado nas emoções ( $p=0,006$ ) e *coping* disfuncional ( $p=0,034$ ). O *post-hoc* de Bonferroni mostrou que tais diferenças verificam-se entre os pares 1-10 anos vs 11-20 anos ( $p=0,012$ ) para o *coping* centrado nas emoções, devido à classificação média mais elevada do grupo com menos anos de internamento, e entre 1-10 anos vs 21 e mais anos ( $p=0,006$ ) no *coping* disfuncional, motivado pela classificação média mais elevada do grupo com mais anos de internamento.

Nas restantes variáveis predomina o equilíbrio entre os grupos ( $p > 0,05$ ).

Ao nível das subescalas, quer do SF-36 quer do Brief-Cope, os sujeitos de cada grupo (anos de internamento) revelam moderada-elevada dispersão.

Em termos médios, no SF-36, na generalidade das subescalas, qualquer que sejam os anos de internamento, predomina a qualidade de vida moderada-alta (60-79 pontos). No Brief-Cope, os sujeitos com internamento de 1-10 anos, revelam menores estratégias de *coping* ao nível do uso de substâncias e desinvestimento comportamental; os sujeitos com 11-20 anos de internamento mostram maiores preocupações ao nível do uso de substâncias, humor, auto-culpabilização, desinvestimento comportamental, na utilização de suporte instrumental e na expressão de sentimentos; os sujeitos com 21 e mais anos de internamento revelam a presença de problemas ao nível da utilização de substâncias e na auto-culpabilização. Nas restantes subescalas, de todos os grupos, parece existir a utilização de estratégias de *coping* adaptativas.

**Quadro 22** – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo e ANOVA ou teste *H* Kruskal-Wallis na comparação entre sujeitos com diferentes anos de internamento, relativamente ao SF-36 e ao Brief-Cope (N=37)

	1-10 anos (n=15)				11-20 anos (n=5)				21 e + anos (n=17)				Comparação	
	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	F ou $\chi^2$	P			
+SF-36														
Função Física	65,0	30,59♦	15,30	75,0	35,00♦	20,50	82,1	22,22⏟	21,82	3,094	0,213			
Desempenho Físico	68,3	33,36♦	18,93	65,0	33,54♦	17,50	69,1	34,83♦	19,50	0,144	0,930			
Dor Física	70,2	24,13♦	18,13	70,4	27,75♦	19,30	71,1	29,84♦	19,68	0,198	0,906			
Saúde em Geral	54,0	21,23♦	---	56,8	26,96♦	---	66,2	17,12⏟	---	1,531	0,231			
Vitalidade	61,3	28,56♦	---	69,0	26,55♦	---	70,0	21,43♦	---	0,503	0,609			
Função Social	64,2	32,00♦	---	80,0	28,78♦	---	66,9	29,30♦	---	0,517	0,601			
Desemp. Emocional	62,2	43,40♦	17,93	60,0	43,46♦	17,10	72,5	39,50♦	20,50	0,739	0,691			
Saúde Mental	60,5	26,22♦	---	68,8	23,56♦	---	79,1	18,63⏟	---	2,682	0,083			
+ Brief-Cope														
Brief-Cope (TOTAL)	74,7	13,83⏟	---	58,6	10,19⏟	---	66,7	13,26⏟	---	3,198	0,053			
Coping Activo	2,8	0,75⏟	---	2,3	0,57⏟	---	2,6	0,88♦	---	0,744	0,483			
Planear	3,1	0,76⏟	---	2,7	0,45⏟	---	2,9	0,90♦	---	0,623	0,542			
Utiliz. Suporte Instr.	3,1	0,84⏟	---	2,0	0,79♦	---	2,2	1,00♦	---	4,692	0,016*			
Util. Sup. Emocional	3,3	0,84⏟	25,20	2,2	0,57⏟	12,90	2,4	0,98♦	15,32	8,740	0,013*			
Religião	3,0	0,79⏟	19,47	2,3	0,97♦	10,90	3,1	0,84⏟	20,97	3,540	0,170			
Reinterpr. Positiva	2,8	1,10♦	21,70	2,4	0,96♦	16,70	2,4	0,83♦	17,29	1,668	0,434			
Auto Culpabilização	2,6	1,05♦	23,73	1,5	0,61♦	13,40	1,9	0,98♦	16,47	5,396	0,067			
Aceitação	3,1	1,03♦	20,47	2,5	0,94♦	12,10	3,1	1,00♦	19,74	2,555	0,279			

Expr. Sentimentos	2,5	1,23♦	21,33	2,0	0,61♦	17,80	2,1	1,14♦	17,29	1,234	0,539
Negação	2,5	0,90♦	---	2,2	0,91♦	---	2,4	0,95♦	---	0,169	0,845
Auto Distração	2,7	0,77⊥	---	2,4	0,96♦	---	2,5	1,04♦	---	0,323	0,726
Desinv. Comport.	2,0	1,07♦	17,33	1,9	0,89♦	17,40	2,3	1,10♦	20,94	1,056	0,590
Uso Substâncias	1,6	1,08♦	21,23	1,4	0,65♦	21,70	1,2	0,73♦	16,24	3,974	0,137
Humor	2,2	1,14♦	19,03	1,5	0,87♦	12,40	2,4	1,21♦	20,91	2,522	0,283
Coping Centrado Emoções	15,1	3,37⊥	25,70	10,4	2,51⊥	21,97	11,5	3,97♦	24,17	10,117	0,006
Coping Centrado Problema	8,6	1,96⊥	12,00	7,2	0,45♦	11,80	8,1	2,12⊥	11,30	3,495	0,174
Coping Disfuncional	17,7	3,94⊥	15,15	13,2	3,96⊥	18,50	15,4	3,50⊥	16,71	6,774	0,034

♦ baixa dispersão ( $CV \leq 15$ ); ⊥ média dispersão ( $15 < CV \leq 30$ ); ♦ elevada dispersão ( $CV > 30$ )

\* diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ )

### Capítulo 3. Discussão dos resultados

No capítulo anterior procurávamos apresentar e descrever os dados obtidos, realçando os resultados mais relevantes e com as maiores implicações para o estudo. No actual capítulo, procedemos e à análise e apreciação crítica dos resultados descritos anteriormente.

Em termos de *estado civil*, a maior parte dos sujeitos encontra-se na situação conjugal de solteiro (83,8%) e divorciados (13,5%) o que parece evidenciar uma incapacidade para manter papéis de vida exigentes (Agerbo, Byrne & Eaton, 2004). De facto, nesta patologia existe uma tendência para o isolamento o que faz com que o sujeito não se relacione e não se case (apenas um indivíduo casado) e que impede de um bom desempenho profissional e social (Amaro, 2005).

Quanto à análise dos dados relativos às *habilitações literárias*, verifica-se que a maioria dos sujeitos possui o 4º ano de escolaridade (73%), seguindo-se aqueles que possuem o 6º ano (13,5%) e o 9º ano (10,8%) e apenas um sujeito possui o ensino superior. Estes dados, que vão de encontro à literatura, uma vez que os indivíduos com doença mental atingem níveis inferiores de escolaridade, o que parece agravar o risco de exclusão social (Isohanni et al., 2001).

No que respeita aos *anos de internamento*, a maior parte da amostra está institucionalizada há 21 e mais anos (45,9%), seguindo-se o intervalo 1 a 10 anos (40,5%) e por último, aqueles que estão internados entre 11 e 20 anos (13,5%). Estes dados revelam que as pessoas que apresentam esquizofrenia têm internamentos mais prolongados (Amaro, 2005).

Quando se faz a comparação da qualidade de vida entre sujeitos até aos 55 anos vs sujeitos com 56 e mais anos, quanto às subescalas mostra a inexistência de diferenças estaticamente significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ), o que é revelador da homogeneidade da amostra, independentemente da faixa etária ao nível dos desempenhos físico, mental, social e emocional. Em termos médios, percebe-se que a amostra de sujeitos mais jovens revela uma qualidade de vida moderada-alta (60-79 pontos); no grupo de sujeitos de idade mais avançada, com excepção das subescalas saúde em geral, vitalidade e função social que se classificam na qualidade de vida moderada (50-59 pontos), nas restantes subescalas os valores médios situam-se no intervalo de qualidade de vida moderada-alta (60-79 pontos). Ao analisar-se os dados pode-se afirmar que, em termos médios, há razões para acreditar que os sujeitos com



distúrbios do foro psiquiátrico e institucionalizados revelam formas de comportamento condizentes com um estatuto de qualidade de vida moderada - alta, categorizada pela ausência de limitações físicas por complicações de saúde, possuem uma maior economia de esforço e uma maior capacidade de realização de trabalho autónomo, têm capacidade para se envolverem quotidianamente em actividades físicas e sociais, sem apresentarem perturbações emocionais relevantes. Um estudo realizado a pessoas com esquizofrenia, demonstra que estes sujeitos apresentam uma menor qualidade de vida, principalmente nas dimensões do funcionamento social, desempenho físico e desempenho emocional (Pukrop et al., 2003, *cit in* Bobes, Gracia, Sáiz, Bascarán & Bousoño, 2005).

Relativamente à frequência absoluta e relativa dos sujeitos da amostra classificados em termo de qualidade de vida em cada subescala do estado de saúde, os dados demonstram que a maioria das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia realiza todos os tipos de actividade física sem limitações por razões de saúde, desempenham as actividades sem grande dificuldade, não apresentam dores ou limitações impostas pelas dores, sentem-se energéticos, realizam actividades sociais e diárias sem problemas físicos e ou/ emocionais e sentem-se em paz, felizes e calmos. Estes resultados são intrigantes, tendo em consideração que os doentes mentais crónicos apresentam uma rede social reduzida a par dos sintomas residuais incapacitantes, a qualidade de vida encontra-se negativamente afectada (DSM-IV-TR, APA, 2002; Lavrie & Johnstone, 2004). Além disto, quando a amostra é considerada na sua globalidade verifica-se que todas as correlações têm orientação positiva, o que significa que ao aumento de uma variável corresponde o aumento da outra; cerca de 86% das correlações apresentam significado estatístico, o que significa que existe uma forte probabilidade da magnitude destes resultados, obtidos com uma amostra, ocorrerem na população, ou seja, todas as correlações em termos globais, não se observa a presença de correlações nem de muito fraca magnitude ( $r \leq 0,19$ ) nem de muito forte magnitude ( $r \geq 0,90$ ) e que predominam as correlações moderadas ( $0,40 \leq r \leq 0,69$ ).

Ao analisar-se o estudo da normalidade relativa ao Brief - cope verifica-se que existe diferença em termos médios para cada grupo de cada subescala. Na comparação entre os grupos até aos 55 anos e 56 e mais anos, verifica-se que só as subescalas de religião, aceitação e utilização de suporte social são evidenciadas para os dois grupos. No entanto, quando se analisa todas as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia verifica-se um predomínio das seguintes subescalas: religião, aceitação, planear

estratégias, utilizar suporte emocional e *coping* activo. Para além disto, verifica-se que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia desenvolvem baixas estratégias de *coping* devido a apresentarem uma elevada pontuação nas subescalas para o uso de substâncias (em todos os grupos) e auto-culpabilização pelo que aconteceu. O que pode indicar que estes sujeitos utilizam estratégias desadaptativas para lidar com a fonte de *stress*, ou seja, parece existir uma predisposição para o consumo de substâncias etílicas e/ ou medicamentos. Contrariamente, nas subescalas auto-culpabilização (total da amostra), expressão de sentimentos (até 55 anos e total da amostra), negação (até 55 anos), desinvestimento comportamental e humor (todos os grupos) e utilizar suporte instrumental (até 55 anos), revelam níveis moderados de estratégia de *coping*. Por sua vez, o planejar, religião e aceitação (em todos os grupos), utilizar suporte emocional (56 e mais anos), revelam níveis mais elevados de estratégias de *coping*. Nestes casos, os sujeitos indicam sobriedade nos actos de pensar e planejar sobre o modo de enfrentar situações de *stress*, ao mesmo tempo que revelam consideráveis aumentos de participação em actividades religiosas e aceitam facilmente o facto de que o evento stressante ocorreu e é real. Este dados à excepção da religião não são esperados, devido às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia apresentarem elevado isolamento social, dificuldade em manifestar emoções e participar em actividades (DSM-IV-TR, APA, 2002; Coelho & Palha, 2006). Em relação à religião, estudos demonstram grande relevância nos aspectos religiosos e místicos na vida de pessoas com esquizofrenia (Kirov et al., 1998; Dantas, Paravin & Dalgarrondo, 1999).

No que concerne à análise das subescalas do Brief- Cope, verifica-se em termos gerais ao compararmos os grupos relativamente às subescalas e valor total, que no grupo 56 e mais anos predominam as correlações de muito fraca magnitude ( $r \leq 0,19$ ) (cerca de 48% do total de correlações) e no grupo até 55 anos e no total da amostra predominam as correlações de fraca magnitude ( $0,20 \leq r \leq 0,39$ ) (cerca de 38% e 48%, respectivamente). A frequência mais elevada de correlações do tipo moderada ( $0,40 \leq r \leq 0,69$ ) (cerca de 31%) verifica-se no grupo até 55 anos. No total da amostra não existem nem correlações fortes ( $0,70 \leq r \leq 0,89$ ) nem muito fortes ( $r \geq 0,90$ ). Apenas o grupo 56 e mais anos regista uma correlação muito forte entre a auto-culpabilização vs utilizar suporte emocional ( $r=0,91$ ). Em todos os grupos predominam as correlações com orientação positiva (respectivamente, 84% para o grupo até 55 anos, 75% para o grupo 56 e mais anos e 78% para o total da amostra). De todos, o grupo 56 e mais anos

é o que regista uma mais elevada frequência de correlações orientadas negativamente (cerca de 25% do total de correlações).

Na comparação entre os sujeitos com diferentes anos de internamento quanto às subescalas do Brief-Cope, os dados demonstram que só ao nível da utilização de suporte instrumental e utilização de suporte emocional estão registadas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,016$  e  $p=0,013$ , respectivamente). Estas diferenças estatisticamente significativas são devido à comparação entre os grupos 1-10 anos vs 21 e mais anos ( $p=0,028$ ), motivado pelo valor médio mais elevado do grupo com menos anos de internamento; ao passo que ao nível do suporte emocional as diferenças ocorrem entre os grupos 1-10 anos vs 11-20 anos ( $p=0,019$ ), motivado pela classificação média mais elevada do grupo com menos anos de internamento, e 11-20 anos vs 21 e mais anos ( $p=0,010$ ), devido à classificação média mais elevada dos sujeitos com mais anos de internamento.

Para além disto, ainda são encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente ao *coping* centrado nas emoções ( $p=0,006$ ) e *coping* disfuncional ( $p=0,034$ ). Assim, verificam-se entre os pares 1-10 anos vs 11-20 anos ( $p=0,012$ ) para o *coping* centrado nas emoções, devido à classificação média mais elevada do grupo com menos anos de internamento, e entre 1-10 anos vs 21 e mais anos ( $p=0,006$ ) no *coping* disfuncional, motivado pela classificação média mais elevada do grupo com mais anos de internamento. No entanto, não foram encontrados estudos estudo que permitissem justificar estes resultados. Embora, estudos indiquem que as pessoas com doença crónica tendem a adoptar estratégias de *coping* emocional (Schreurs, Ridder & Bensing, 2000).

Em suma, no SF-36, na generalidade das subescalas, qualquer que sejam os anos de internamento, predomina a qualidade de vida moderada - alta (60-79 pontos). Através destes dados constata-se que independentemente do número de anos de internamento, a qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia não é influenciada. Contrariamente, Canavarro e Vaz Serra (2010), através de um estudo, verificam que os doentes com longos anos de internamento num hospital psiquiátrico manifestam pior qualidade de vida, mesmo tendo alojamento, acompanhamentos de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Por fim, no Brief-Cope, os sujeitos com internamento de 1-10 anos, revelam menores estratégias de *coping* ao nível do uso de substâncias e desinvestimento comportamental; com 11-20 anos de internamento mostram maiores preocupações ao

nível do uso de substâncias, humor, auto-culpabilização, desinvestimento comportamental, na utilização de suporte instrumental e na expressão de sentimentos; e com 21 e mais anos de internamento revelam a presença de problemas ao nível da utilização de substâncias e na auto-culpabilização. Nas restantes subescalas, de todos os grupos, parece existir a utilização de estratégias de *coping*. Assim ao nível da literatura não foram encontrados dados que pudessem fundamentar este resultado.

Contudo, existem investigações que referem que as competências de *coping* parecem ter impacto na funcionalidade e na qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, assim como ao nível do funcionamento psicossocial e qualidade de vida, sendo estes influenciados pela utilização de estratégias de *coping* racionais e resolução de problemas antes ou no momento de um acontecimento stressor (Salgado, Rocha & Marques, 2008). Por sua vez, os mesmos autores referem ainda que só as competências funcionais associadas à comunicação e interacção estão interligadas aos esforços do apoio e suporte social.

## Capítulo 4. Conclusão

A revisão da literatura neste trabalho permitiu concluir que a esquizofrenia causa défices na vida quotidiana do indivíduo.

Desta forma, pretendia-se avaliar através de um estudo exploratório se os indivíduos institucionalizados numa casa de saúde com diagnóstico de esquizofrenia apresentam nível de qualidade de vida relacionada com saúde e se utilizam estratégias cognitivas e comportamentais perante de situações de conflito emergente.

Análise dos resultados permitiu verificar que os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia em termos de qualidade de vida em cada subescala do estado de saúde, conseguem realizar todos os tipos de actividade física sem limitações por razões de saúde, desempenham as actividades sem grande dificuldade, não apresentam dores ou limitações impostas pelas dores, sentem-se energéticos, realizam actividades sociais e diárias sem problemas físicos e ou/ emocionais e sentem-se em paz, felizes e calmos.

Este estudo através da avaliação do *coping* demonstrou que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia desenvolvem baixas estratégias de *coping*, uma vez que apresentam uma elevada pontuação nas subescalas uso de substâncias (em todos os grupos e auto-culpabilização pelo que aconteceu).

Contrariamente, nas subescalas expressão de sentimentos, negação, desinvestimento comportamental e humor e utilização de suporte instrumental demonstram níveis moderados de estratégias de *coping*. Por outro lado as subescalas de planear, religião, aceitação e utilizar suporte emocional revelam níveis elevados de estratégias de *coping*. Estes resultados indiciam sobriedade nos actos de pensar e planear sobre o modo de enfrentar situações de *stress*, ao mesmo tempo que revelam consideráveis aumentos de participação em actividades religiosas e aceitam facilmente o facto de que o evento stressante ocorreu e é real.

Quando se analisa a qualidade de vida e o *coping* com os anos de internamentos verifica-se que apesar de os doentes estarem institucionalizados há longos anos, estes apresentam uma qualidade de vida moderadamente – alta, por sua vez verifica-se a utilização de um *coping* disfuncional motivado pela classificação média mais elevada do grupo com mais anos de internamento. O que parece indicar que as estratégias de *coping* tem impacto na funcionalidade, mas não na qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. O que revela incongruência com os resultados da literatura.

Assim, apesar de a esquizofrenia ser considerada uma doença que causa grande incapacidade na vida dos indivíduos este estudo revela que ainda muito que se pode investigar sobre quais os factores biopsicossociais que a influenciam, tal como referem Coelho e Palha (2006) a esquizofrenia deve ser entendida num modelo que inclua factores biológicos, ambientais e comportamentais.

Perante estes resultados, seria pertinente para futuros estudos investigar qual a relação que existem entre a qualidade de vida relacionada com saúde e as estratégias de *coping* nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, uma vez que é escassa a literatura sobre esta temática.

Algumas limitações foram encontradas neste estudo que devem ser referidas e consideradas na interpretação dos resultados.

Primeiramente, a dificuldade de encontrar bibliografia relativa ao *coping* nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. O reduzido número de sujeitos da amostra e o facto de esta ser de conveniência constitui-se como uma relevante limitação à generalização dos resultados. Em futuros estudos neste domínio sugere-se o aumento do tamanho da amostra e que a recolha dos dados seja feita em diversas instituições, bem como uma recolha aleatória.

O facto de a amostra ser constituída por elementos sexo masculino também parece ser um elemento reducionista para esta investigação, assim será importante em futuras investigações incluir a população feminina.

### **Referências Bibliográficas**

---

- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia conhecer a doença*. Lisboa: Climepsi
- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Principia.
- Agerbo, E., Byrne, G., Eaton, W., & Mortensen, P.B. (2004). Marital and labor market status in the long run in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 28-33.
- Aguilar- Barberà, M. (1998). Estudios de calidad de vida en marco de las demencias. *Revista de Neurologia*, 28(1), 80-94.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia da educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Amaro, F. (2005). *Factores Sociais e Culturais da Esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-VI-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (J. Nunes de Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores (original publicado em 2000).
- Antoniazzi, A.S, Dell'Aglio., & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudo de Psicologia*, 3(2), 273-295.
- Awad, G. (2008). Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 72(2), 121-129.
- Awad, G., Voruganti, L., & Heslegrave, R. (1997). Quality of Measurement during Antipsychotic Drug Therapy of Schizophrenia. *J Psychiatry Neuroscience*, 22(4), 267-274.
- Awad, A.G., & Voruganti, L.N (2000). Intervention Research in Psychosis: Issues Related to the Assessment of Quality of Life. *Schizophrenia Bulletin*, 26(3), 557-564.
- Bandeira, M., & Ireno, E.M. (2002). Reinserção social de psicóticos: avaliação global do grau assertividade, em situação de fazer e receber crítica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 665- 675.



- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (2006). *Psicopatología*(3ª ed). Madrid: Copyright.
- Beck, A., Rector, N., Stolar, N., & Grant, P. (2009). *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Bleuler, E. (2005). *Dementia praecox ou Grupo das Esquizofrenias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bobes, J.M., García- Portilla, M.P. (2006). *Quality of life in schizophrenia*. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 153-167). Chichester. John Wiley and Sons.
- Bobes, J., García- Portilla, P., Sáiz, P., Bascarán, T., & Bousoño, M. (2005). Quality of life measures in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 249-257.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la Salud: Revision de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson.
- Bryson, G., Lysaker, P., & Bell, M.(2002). Quality of Life Benefits of Paid Work Activity in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 249-257.
- Buss, P.M. (2000). Promoção da qualidade de vida. *Ciências & saúde colectiva*, 5(1), 163-177.
- Caballo, V.E. (2006). *Manual para la evolución clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológico*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Canavarro, MC., & Serra, V.A. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma Abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M.C., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A.L. (2005). *Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida na Infecção do HIV da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: Apresentação de um projecto*. In IX CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS.

- Cardoso, S.C., Caiaffa, W.T., Bandeira, M., Siqueira, A.L., Abreu, M.M.S., & Fonseca, O.P.F. (2005). Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Caderno de Saúde Pública*, 21(5), 665-675.
- Cardoso, S.C., Caiaffa, W.T., Bandeira, M., Siqueira, A.L., Abreu, M.M.S., & Fonseca, O.P.F. (2006). Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Caderno de Saúde Pública*, 22(6), 1303-1314.
- Castle, J., McGrath, J., & Kulkarni, J. (2003). *As mulheres e a esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Caviño, M.P. (1999). Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Anales de psicología*, 6(1), 11-20.
- Cleary, P.D., Wilson, P.D., & Fowler, F.J. (1995). *Health –related quality life HIV-infected persons: a conceptual model*. IN: Dimsdale J.E, Baum, A editors. Quality of life behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, (p.191-204).
- Coelho, V.L.D., & Pantaleão, C.C. (1999). A experiência subjectiva na esquizofrenia: contribuições para uma avaliação sintomatológica. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 48(9), 393-397.
- Coelho, C.S., & Palha, J.P. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Melhorar a saúde mental na população*. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia.
- Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N., & Stewart, S. E. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 157-172.
- Cooper C, Katona C, & Livingston G. (2008). Validity and reliability of the brief COPE in carers of people with dementia: the LASER-AD Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(11), 838-43.
- Coons, S.J., Rao, S., Keininger, D.L., & Hays, R.D. (2000). A comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics*, 13(1), 46-53.

- Correia, A.C. (2007). *Qualidade de vida em doentes seropositivos para o VIH*. Instituto Superior Miguel Torga (Dissertação de Mestrado), Coimbra, Março 2007.
- Costa, E.S., & Leal, I.P. (2006). Estratégias de coping em estudantes do ensino superior. *Análise Psicológica*, 2(14), 189-199.
- Chaves, A.C. (2000). Diferença entre os sexos na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 21-22.
- Craver, C. S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions a stressfull transaction. *Journal of Personality na Social Psychology*, 66, 184-195.
- Dalery, J., & Amato, T. (2001). *A Esquizofrenia investigações actuais e perspectivas*. Lisboa: Climepsi.
- Dantas, R.C., Pavarin, L.B., & Dalgalarrrondo, P. (1999). Sintomas do conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(3), 158-164.
- Duno, R., Pousa, E., Domenech, C., Diez, A., & Guillamat, R. (2001). Subjective quality of life in schizophrenic outpatients in a Catalan urban site. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(10), 685-90.
- Ebrahim, S.(1995). Clinical and public health prespectives and aplications of Health-related quality of life measurement. *Social Science Medicene*, 41, 1383-94.
- Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 23-26.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Development Disabilites*, 16(1), 51-57.
- Ferrão, A., Albuquerque, E., & Gomes. (2008). *Efeito de um programa de PNF-Chi ® no desempenho cardiopulmonar e qualidade de vida num grupo de idosos não institucionalizado*. Dissertação publicada. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

- Fleck, M.P. (2000). O instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciências & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Folkman, S. (1986). Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Folkman, S., & Lazarus, R.(1980). Na analysis of coping In a Middle- Aged Community sample. *Journal of Health e Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., & Novacek, J.(1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2(2), 171-184.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M.C., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M.J., Paredes, T., & Serra, V.A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população em geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103-112.
- Garrabé, J. (2004). *História da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi.
- Giacon, B.C., & Galera, S.A. (2006). Primeiros episódios da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem*, 40(2), 286-291.
- Greenglass, E.(2002). Chapter 3. *Proactive coping*. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. London: Oxford University Press, 37-62.
- Guiterras, A.F., & Bayés, R. (1993). *Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida em enfermedades crónicas*. IN: Forns M, Anguerra MT, organizadores. *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: Universitas (p.175-95).
- Gumming, R.G., Thomas, M., Szonyi, G., Salkeld, G., Neil, E.O., Westburg, C., & Frampton, G. (1999). Home Vsits bj na Occupational Therapist for Assessment

- and Modification of Environmental Hazards: A Randomized Trial on Prevention. *American Geriatrics Society*, 47, 1397-1402.
- Instituto Nacional de Reabilitação (2009). *Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental*. Caldas da Rainha: Centro Educação Especial Rainha Dona Leonor.
- Isohanni, I., Jones, P., Jarvelin, M., Nieminen, P., Rantakallio, P., Jokelainen, J., Croudace, T.J., & Isohanni, M. (2001). Educational consequences of mental disorders treated in hospital: A 31- years follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Psychological Medicine*, 31(1), 339-349.
- Kallmann, F.J. (1938). *The genetics of schizophrenia*. New York: Augustin.
- Kaplan, R., & Bush, J.W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1(1), 61-80.
- Kay, S.R. (1991). *Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia: Assessment and Research*. Monograph Series of the Department of Psychiatry (Albert Einstein College of Medical of Yeshiva University- Montefiore Medical Center), Bronx, N.Y.: Brunner/Mazel Publishers.
- Kendler, K.S., & Diehl, S.R. (1993). The genetic of schizophrenia: A current, genetic-epidemiologic perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2) 261-285.
- Kingdon, D., & Turkington, D. (2005). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. Nova York: The Guide Press.
- Kirov, G., Kemp, R., Kirov, K., & David, A.S.(1998). Religious faith after psychotic illness. *Psychopathology*, 31(5), 234-45.
- Lawrie, S., & Johnstone, E. (2004). *Schizophrenia and related disorders*. In: Johnstone E, Lawrie S, Owens D, Sharpe M, Freeman C, eds. *Companion to Psychiatric Studies*, 7ª, Edinburg: Churchill Livingstone, p. 390-420.
- Lazarus, R., & Folkman, S.(1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lehman, A.F., Ward, N.C., & Linn, L.S. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1271-1276.

- Leventhal, H., Brissete, I., & Leventhal, E.A.(2003). *The common-sense model of self-regulation of health and illness*. In L.D. Cameron and H. Leventhal, eds., *The self-regulation of health and illness Behaviour*. London and New York: Routledge, 42-65.
- Luce, B.R., & Elixhauser, A. (1990). *Standards for Socio-economic Evaluation of Health Care Products and Services*. Berlin: Springer- Verlag.
- Lusa.(2006). Esquizofrenia afecta 60 mil a 100 mil portugueses, diz especialista. Diário Digital. Disponível em, [http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?section\\_id=62&id\\_news=226400](http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?section_id=62&id_news=226400)
- Maes, S., & Gebhardt, W.(2000). *The self-regulation of health and illness Behaviour: The health behaviour goal model*. In M. Boekaert, P. R. Pintrick, & M. Zeidner (Eds), *Handbook of regulation*. San Diego: Academic Press.
- Matarazzo, J.D.(1984). *Behavioral health: a 1990 challenge for health services professions*. In: J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, S.M. Weiss (Eds). *Behavioral health: A handbook of health and disease prevention*. New York: John Wiley & Sons, pp.3-40.
- Matos, M., Bragança, M., & Sousa, R. (2003). *Esquizofrenia de A a Z*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Meneses, R.F., Ribeiro, J., & Silva, M. (2002). Revisão de literatura sobre avaliação da qualidade de vida (QDV) de adultos com epilepsia. II- Facilidade na abordagem da temática. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(2), 119-139.
- Meyer, B.(2001). Coping With Severe Mental illness: Relations of Brief Coping with symptoms, functioning, and Well- Being. *Journal Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4),265-277.
- Middleboe,T., & Mortensen, E.(1997). Coping strategies among long term mentally ill: categorization and clinical determinants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98,188-194.

- Miller, S.M.(1981). Predictability and human stress: Toward clarification of evidence and theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 14, 203-255.
- Minayo, M.C., Hartz, Z.M., & Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciências saúde colectiva*, 5(1), 7-18.
- Ministério da Saúde, Alta Comissão de Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016) - Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para Saúde Mental.
- Monteiro, L., Camargo, C., & Toniolo, M. (2002). Um estudo comparativo sobre o grau de comprometimento nos testes psicológicos de dois irmãos gémeos univitelinos com esquizofrenia. *Revista de Psicologia da Vector Editores*, 3(1), 110-113.
- Murry, R.M., Callaghan, E., Castle, D., & Lewis, S (1992). A neurodevelopmental approach to the classification of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18(2), 319-332.
- Norman, R.M., Malla, A.K., Mclean, T., Voruganti, L.P., Cortese, L., McIntosh, E., Cheng, S., & Rickwood, A. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the quality of life scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 303-309.
- Nuechterlin, K.L., & Dawson, M.E. (1984). A heuristic vulnerability/ stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10 (2), 300-312.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ogden, J. (2000). *Health Psychology*. Buckingham: Open University Press
- Oliveira, S.O.(2009). *Relações entre perfis cognitivos de personalidade e estratégias de coping em adulto*. Tese de Mestrado Publicada. Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Psicologia.
- Oliver, J., Huxley, P., Bridges, k., & Mohamad, H. (1996). *Quality of life and mental health services*. London: Routledge.

- Orely, J., Saxena, S., & Herman, H. (1998). Quality of life and mental illness: Reflections from the perspective of the WHOQOL. *British Journal of Psychiatry*, 172, 291-293.
- Palha, F., & Teixeira, J.M. (2009). *Factores Sociais e Culturais da Esquizofrenia em Portugal: situação actual e perspectiva dos profissionais*. Linda-a-Velha: Atlas.
- Pereira, A.M. (2006). Stress e doenças: *Contributos da psicologia da saúde na última década* In Isabel Leal (Eds) *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto, pp.145-167.
- Pereira, A. (2004). *SPSS Análise de dados para as Ciências Sociais e Psicologia (5ª ed)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, A.M., Decq, M., Pinto, C., Melo, A., Bernardino, O., Lopes, P., Ferreira, J., Mendes, R., & Vaz, A.(2004). *Aplicação de um programa de controlo de stress e ansiedade na Universidade*. In Ribeiro, J & Leal, I (ed.) *Actas do 5 Congresso de Psicologia da Saúde*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, ISPA edições, pp. 127-132.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS (4ª ed)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Philips, D. (2006). *Quality of life: Concept, policy and practice*. New York: Routledge.
- Pinto, C., & Ribeiro, J.P.L (2000). A qualidade de vida de jovens/ adultos submetidos a transplante renal na infância. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18(1), 11-19.
- Pinto, C., & Ribeiro, J.P.L (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1), 37-56.
- Pratck, D.L., & Deyo, R.A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical care*, 27(3), 217-232.
- Rascón, L. (2004). Percepción de los familiares del internto e ideación suicidas de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 25(5), 44-52.



- Reis, F. (2000). Da demência precoce à esquizofrenia. *Psicologia*, 14(1), 13-24.
- Ribeiro, J.L. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde (2ª ed)*. Porto: Livpsi.
- Ribeiro, J.L. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação de Estado de Saúde-SF-36*. Portugal: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J.P.L., & Gru.P.O QDV. (1997). A promoção da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In J.L. Pais- Ribeiro & SPPS ( Edts). *Actas do 2º Congresso nacional de Psicologia da saúde*. (pp.253-283). Lisboa: IPSA.
- Ribeiro, J.L., & Rodrigues, A.P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Coping. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Rito, M. (2006). Doença de Parkinson: Instrumentos Avaliativos. *Revista Portuguesa de Fisioterapia*, 1(2), 27-45.
- Rocha, N., Queirós, C., Aguiar, S., Marques, A., & Horta, M.P. (2009). Relações entre a neurocognição e a qualidade de vida em pessoas com esquizofrenias. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 71-82.
- Rossler, W., Salize, H.J., Cucchiaro, G., Reinhard, I., & Kernig, C. (1999). Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(2), 142-148.
- Ruiloba, J.B. (2003). *Introducción a la psicopatologia y la Psiquiatria (5ªed)*. Barcelona:Masson.
- Salgado, D., Rocha, N., & Marques, A. (2008). Impacto do Coping Proactivo, do Distress Emocional e da Auto – Estima na Funcionalidade e Qualidade de Vida de pessoas com Esquizofrenia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 143-154.
- Sanzavo, C.E., & Coelho, M.E.(2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudo da Psicologia*, 24(2), 227-238.

- Sardim, B.(2003). El stress: un analisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
- Saylan, M., Alptekin, K., Akedemir, A., Tetik, E., & Korb. (2004). The intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) Study: Baseline Clinical and Functional Characteristics and Antipsychotic Use Patterns in Turkey. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 14(3), 132-142.
- Schreurs, K.M., Ridder, D.T., & Bensing, J.M. (2000). A one year study of coping, social support and quality of life in Parkinson`s disease. *Psychology and Health*, 15, 109-121
- Seild, E.M., & Zannom, C.M. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceptuais e metodologias. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Selye, H.(1974). *Stress Without Distress*. Philadelphia: Lippincott.
- Silveira, R.D. (2009). Psicanálise e psiquiatria nos inícios do século XX: a apropriação do conceito de esquizofrenia no trabalho de Hermelino Lopes Rodrigues. *Revista Latino americana. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 3(12), 582-596.
- Sousa, L.A., & Coutinho, E.S. (2006). Factores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 50-58.
- Shirakawa, L. (1989). Esquizofrenia: História e conceito. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38 (4), 154-155.
- Shirakawa, L. (2000). Aspectos gerais e manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 56-58.
- Shumaker, S.A., & Berzon, R.A. (1995). *The international Assessment of Health-related Quality of life: Theory, Translation, Measurement and Analysis*. Oxford. Rapid Communication.
- Tandon, R., Nasrallah, H.A., & Keshavan, M.C. (2009). Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Shizophrenia Research*, 110(1-3), 1-23.

- Takatori, M. (1995). A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do quotidiano. *Mundo saúde*, 25(4), 371-377.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vaz- Serra, A.(2002). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição de autor.
- Vaz- Serra, A.(2003). *Distúrbio de Stress Pós - traumático*. Coimbra: Vale e Vale Editores Lda.
- Vaz- Serra, A.(2007). *O Stress na vida de todos os dias (3ªed.)*. Coimbra: Edição de autor.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartinho, M., et al,. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da organização Mundial de Saúde para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Vaz Serra, A., Pereira, M., & Leitão, J. P. (2010). Qualidade de vida em doentes esquizofrénicos. In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 271-298). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vidal, M.R., Salas, M.C., Escobar, V.S., Utreras, A,V., & Arriagada, J.M. (2011). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Aquichan*, 11(1),66-76.
- Ware, J.E. (2004). SF-36 Health survey update: Quality Metric Incorporated and Tufts University Medical School. *Medical care*, 3, 693-718.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL- Bref: Introduction, administration, scoring and assessment of the generic version- field trial version*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). *Schizophrenia and public health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- World Health Organization Quality of Life Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- World Health Organization Quality of Life Group (1995). The World Health Organization quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the world Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization Quality of Life Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Wright, P. (2000). *Schizophrenia and related disorders*. In P. Wright, J. Stern, & M. Phelan (Eds), *Core Psychiatry* (pp-259-292). London: W. B. Saunders Company Ltd.
- Yanos, P., Primavera, L., & Knight, E.(2001). Consumer-run Service Participation, recovery of social functioning, and the mediating role of psychological factors. *Psychiatric Services*, 52(4), 493-500.
- Zipursky, R.B., & Schulz. (2003). *As fases iniciais Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi.

## **Anexos**

## **Anexo I**

### Mini Mental State Examination



## MINI-MENTAL STATE – MMS

Adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colaboradores (1993)

Laboratório de Estudos da Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hospital Santa Maria

Original de Folstein et al. (1975)

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Habilitações: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota : \_\_\_\_\_

### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

*"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".*

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota : \_\_\_\_\_

### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)

*"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".*

27    24    21    18    15    \_\_\_\_\_

Nota : \_\_\_\_\_

### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

*"Veja se pode dizer as três palavras que pedi há pouco para recordar".*

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota : \_\_\_\_\_

### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. *"Como se chama isto?"* Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota : \_\_\_\_\_

b. *"Repita a frase que vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"*

Nota : \_\_\_\_\_

c. *"Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", ou "sobre a cama"*  
se for o caso; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_  
Dobra ao meio \_\_\_\_\_  
Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota : \_\_\_\_\_



d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar o cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.  
Fechou os olhos \_\_\_\_\_

Nota : \_\_\_\_\_

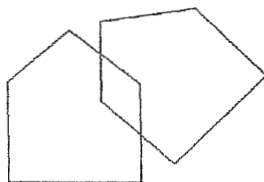
e. "Escrever uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota : \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta)**

Deve copiar o desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

DESENHO



CÓPIA

Nota : \_\_\_\_\_

TOTAL (máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

**Considera-se com Defeito Cognitivo:**

- Analfabetos  $\leq 15$  pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- Com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

**FECHE OS OLHOS**



## **Anexo II**

Questionário de Saúde Reduzido – SF- 36



## Questionário do Estado de Saúde – SF-36

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Habilitações: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

### INSTRUÇÕES:

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve, o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)	Sim, muito limitada	Sim, um pouco limitada	Não, nada limitada
A. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos.	1	2	3
B. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.	1	2	3
C. Levantar ou carregar as compras da mercearia.	1	2	3
D. Subir vários lanços de escadas.	1	2	3
E. Subir um lanço de escadas.	1	2	3
F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.	1	2	3



G. Andar mais de 1 Km.	1	2	3
H. Andar vários quarteirões.	1	2	3
I. Andar um quarteirão.	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-se sozinho(a).	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde física?

<i>(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)</i>		Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.		1	2
B. Fez menos do que queria.		1	2
C. Sentiu-se limitado(a) no tipo de trabalho ou outras actividades.		1	2
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).		1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimida ou ansiosa)?

<i>(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)</i>		Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.		1	2
B. Fez menos do que queria.		1	2
C. Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume.		1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5



7. Durante as últimas quatro semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto no trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor, um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

<i>(Quanto tempo nas últimas quatro semanas)</i>		Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A.	Se sentiu cheio(a) de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
B.	Se sentiu muito nervoso(a)?	1	2	3	4	5	6
C.	Se sentiu deprimido(a), que nada o(a) animava?	1	2	3	4	5	6
D.	Se sentiu calmo(a) ou tranquilo(a)?	1	2	3	4	5	6
E.	Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F.	Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
G.	Se sentiu estafado(a)?	1	2	3	4	5	6
H.	Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
I.	Se sentiu cansado(a)?	1	2	3	4	5	6



10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

*(Por favor assinale um número em cada linha)*

	Total-mente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Total-mente falso
A. Parece que adoço mais facilmente do que os outros.	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5
C. Estou convencido(a) que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
D. A minha saúde é óptima.	1	2	3	4	5

## **Anexo III**

Brief- Cope

# BRIEF COPE

## INSTRUÇÕES

Os itens abaixo relacionam-se com modos de lidar com o stress na sua vida, desde que descobriu que estava paciente. Há muitas maneiras de tentar lidar com os problemas e obviamente que diferentes pessoas lidam com os problemas de maneiras diferentes. Gostaria de conhecer a maneira como tem lidado com as situações que lhe têm surgido. Este questionário é anónimo. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor preencha-o o mais honestamente possível, pois assim, os dados colhidos serão mais exactos. Demore o tempo que for necessário. Se tiver dúvidas, coloque-as ao investigador.

	Nunca faço isto	Por vezes faço isto	Muitas vezes faço isto	Faço sempre isto
1. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.	0	1	2	3
2. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho).	0	1	2	3
3. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.	0	1	2	3
4. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.	0	1	2	3
5. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.	0	1	2	3
6. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.	0	1	2	3
7. Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos).	0	1	2	3
8. Procuro o conforto e compreensão de alguém.	0	1	2	3
9. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	0	1	2	3
10. Rezo ou medito.	0	1	2	3
11. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.	0	1	2	3
12. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer.	0	1	2	3
13. Faço críticas a mim própria.	0	1	2	3
14. Culpo-me pelo que está a acontecer.	0	1	2	3
15. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.	0	1	2	3
16. Tento aprender a viver com a situação.	0	1	2	3
17. Fico aborrecida e expresso os meus sentimentos (emoções).	0	1	2	3

	Nunca faço isto	Por vezes faço isto	Muitas vezes faço isto	Faço sempre isto
18. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.	0	1	2	3
19. Tenho dito para mim própria: “isto não é verdade”.	0	1	2	3
20. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo.	0	1	2	3
21. Refugio-me noutras actividades para me distrair da situação.	0	1	2	3
22. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras.	0	1	2	3
23. Desisto de me esforçar para obter o que quero.	0	1	2	3
24. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo.	0	1	2	3
25. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.	0	1	2	3
26. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.	0	1	2	3
27. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.	0	1	2	3
28. Enfrento a situação com sentido de humor.	0	1	2	3



## **Anexo IV**

Quadro5 – Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) na avaliação da consistência interna

**Quadro 5** – Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) na avaliação da consistência interna (N=37)

	TOTAL (n=37)
+ <b>Questionário de Saúde (SF-36)</b>	0,93 <sup>[5]</sup>
- Função Física ( <i>k</i> =10)	0,92 <sup>[5]</sup>
- Desempenho Físico ( <i>k</i> =4)	0,66 <sup>[2]</sup>
- Desempenho Emocional ( <i>k</i> =3)	0,82 <sup>[4]</sup>
- Dor Física ( <i>k</i> =2)	0,73 <sup>[3]</sup>
- Saúde em Geral ( <i>k</i> =5)	0,79 <sup>[3]</sup>
- Vitalidade ( <i>k</i> =4)	0,81 <sup>[4]</sup>
- Função Social ( <i>k</i> =2)	0,59 <sup>[1]</sup>
- Saúde Mental ( <i>k</i> =5)	0,80 <sup>[4]</sup>
+ <b>BRIEF-COPE (<i>k</i>=28)</b>	0,86 <sup>[4]</sup>
- <i>Coping</i> activo ( <i>k</i> =2)	0,37 <sup>[1]</sup>
- Planear ( <i>k</i> =2)	0,58 <sup>[1]</sup>
- Utilizar Suporte Instrumental ( <i>k</i> =2)	0,84 <sup>[4]</sup>
- Utilizar Suporte Emocional ( <i>k</i> =2)	0,73 <sup>[3]</sup>
- Religião ( <i>k</i> =2)	0,58 <sup>[1]</sup>
- Reinterpretação Positiva ( <i>k</i> =2)	0,83 <sup>[4]</sup>
- Auto-culpabilização ( <i>k</i> =2)	0,67 <sup>[2]</sup>

- Aceitação ( $k=2$ )	0,82 <sup>[4]</sup>
- Expressão de Sentimentos ( $k=2$ )	0,90 <sup>[5]</sup>
- Negação ( $k=2$ )	0,48 <sup>[1]</sup>
- Auto Distração ( $k=2$ )	0,46 <sup>[1]</sup>
- Desinvestimento Comportamental ( $k=2$ )	0,74 <sup>[3]</sup>
- Uso de Substâncias ( $k=2$ )	0,80 <sup>[4]</sup>
- Humor ( $k=2$ )	0,82 <sup>[4]</sup>

**SF-36** – Questionário de Saúde: 36-items Short-Form Healthy Survey

**BRIEF-COPE** – Questionário de Coping (*Brief-Cope*)

<sup>[1]</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *inaceitável* ( $\alpha<0,60$ )

<sup>[2]</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *fraca* ( $0,60\leq\alpha<0,70$ )

<sup>[3]</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *razoável* ( $0,70\leq\alpha<0,80$ )

<sup>[4]</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *boa* ( $0,80\leq\alpha<0,90$ )

<sup>[5]</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna  *muito boa* ( $0,90\leq\alpha\leq1,0$ )

## **Anexo V**

**Quadro 19** – Matriz de correlações entre as subescalas do questionário de *coping* (Brief-Cope), nos grupos “até 55 anos” e “56 e mais anos” (N=37).

**Tabela 19** – Matriz de correlações entre as subescalas do questionário de *coping* (Brief-Cope), nos grupos “até 55 anos” e “56 e mais anos” (N=37).

	CA	PI	USI	USE	Re	RP	AC	Ac	ES	Ne	AD	DC	US	Hu
CA		0,64**	0,57*	0,61**	0,34	0,40	0,27	0,55*	-0,04	0,25	0,22	0,05	-0,46	0,36
PI	0,14		0,50*	0,69**	0,24	0,30	0,43	0,59**	-0,20	0,26	0,17	0,21	0,02	0,41
USI	0,15	0,30		0,71**	0,18	0,33	0,62**	0,29	0,17	0,46*	0,33	0,35	-0,07	0,05
USE	0,11	0,03	0,66**		0,42	0,56*	0,30	0,53*	0,20	0,48*	0,44	0,09	-0,19	0,47*
Re	-0,01	0,50*	-0,07	-0,21		0,01	-0,02	0,53*	0,07	-0,03	0,31	0,22	-0,35	0,46*
RP	0,26	0,36	0,56*	0,80**	-0,18		0,07	0,40	0,24	0,47*	0,48*	-0,24	-0,57*	0,31
AC	-0,08	0,12	0,51*	0,91**	-0,16	0,80**		0,28	0,05	0,61**	0,37	0,47*	0,23	0,06
Ac	0,28	0,68**	0,14	0,17	0,36	0,52*	0,20		0,11	0,28	0,42	0,30	-0,29	0,34
ES	0,23	0,09	0,39	0,55*	0,20	0,38	0,58*	0,21		0,25	0,19	0,14	0,03	-0,37
Ne	0,16	0,16	0,54*	0,68**	-0,05	0,67**	0,53*	0,44	0,45		0,27	0,06	-0,01	0,15
AD	0,34	0,41	-0,11	-0,21	0,30	0,03	-0,13	0,44	0,01	-0,21		0,16	-0,31	0,23
DC	0,48*	0,02	0,31	0,24	-0,27	0,14	0,04	0,01	0,21	0,37	-0,37		0,12	0,03
US	-0,09	-0,16	0,06	0,11	-0,05	0,06	0,11	-0,04	0,05	-0,04	-0,48*	-0,16		-0,31
Hu	0,13	0,09	0,01	0,16	0,01	0,42	0,14	0,39	-0,09	0,48*	0,04	-0,15	-0,21	

\*  $p<0,05$

\*\*  $p<0,01$

Correlações sujeitos até 55 anos

Correlações sujeitos 56 e mais anos

## **Anexo VI**

**Tabela 20** – Matriz de correlações entre as subescalas do questionário de *coping* (Brief-Cope), no Total da Amostra (N=37).

**Tabela 20** – Matriz de correlações entre as subescalas do questionário de *coping* (BRIEF-COPE), no Total da Amostra (N=37).

	CA	PI	USI	USE	Re	RP	AC	Ac	ES	Ne	AD	DC	US	Hu
CA		0,35*	0,35*	0,34*	0,20	0,29	0,08	0,40*	0,06	0,17	0,25	0,24	-0,30	0,25
PI			0,35*	0,27	0,38*	0,32	0,23	0,60**	-0,09	0,21	0,32	0,10	-0,07	0,24
USI				0,66**	0,06	0,42**	0,57**	0,28	0,33*	0,45**	0,14	0,37*	-0,04	-0,01
USE					0,07	0,68**	0,68**	0,35*	0,40*	0,57**	0,12	0,23	-0,05	0,29
Re						-0,08	-0,12	0,46**	0,15	-0,01	0,31	0,03	-0,23	0,23
RP							0,46**	0,43**	0,31	0,58**	0,26	-0,08	-0,26	0,35*
AC								0,29	0,33*	0,55**	0,11	0,27	0,14	0,06
Ac									0,23	0,33*	0,40*	0,21	-0,20	0,31
ES										0,32	0,05	0,23	-0,02	-0,23
Ne											0,10	0,17	-0,05	0,33*
AD												-0,03	-0,35*	0,17
DC													-0,03	-0,08
US														-0,26
Hu														

\*  $p<0,05$     \*\*  $p<0,01$

CA – Coping activo	Re – Religião	ES – Expressão de Sentimentos	DC – Desinvestimento Comportamental
PI – Planear	RP – Reinterpretação Positiva	Ne – Negação	US – Uso de Substâncias
USI – Utilizar Suporte Instrumental	AC – Auto-culpabilização	AD – Auto Distração	Hu – Humor
USE – Utilizar Suporte Emocional	Ac – Aceitação		